Nr. 26. 26. czerwca 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

Mnogie kostniaki chrząstkowe i schorzenia układu nerwowego przez nie wywołane.

Z oddziału chirurgicznego Państwowego Szpitala Pow. we Lwowie.
Prym.: Prof. Dr. T. Ostrowski.

I.

Mnogie kostniaki chrząstkowe (*Exostosis cartilaginea multiplex*) są jednostką chorobową pod względem anatomicznym i klinicznym wielokrotnie opisywane. Niedostatecznie wyjaśniona jest jedynie przyczyna i pochodzenie.

Charakterystyczne są dla nich zaburzenia w rozwoju kośćca, wyczerpująco opisane przez Bessel-Hergena i w nowszych czasach przez roentgenologów zwłaszcza Kienböcka. Te zmiany kostne są przyczyną szeregu stanów chorobowych dzięki swemu usadowieniu przypadkowemu. I tak kostniaki miednicy są przeszkodą porodową same przez się lub wskutek zaburzeń w ogólnej budowie miednicy. Uciskając na naczynia i trąc o nie ustawicznie, stają się przyczyną tętniaków (przyp. Weinlechnera i Nosendhina). Najwyraźniejsze klinicznie zaburzenia powodują w układzie nerwowym przez ucisk na rdzeń i pnie nerwów obwodowych. W tych przypadkach najczęściej stawał się konieczny zabieg chirurgiczny jako jedyne leczenie kostniaków.

W ostatnim roku spostrzegałem dwa przypadki licznych kostniaków chrząstkowych. W jednym z nich kostniak usadowiony na kręgu powodował ucisk rdzenia i został operacyjnie usunięty. Opierając się na tym przypadku zbieram i omawiam zaburzenia układu nerwowego powodowane przez kostniaki.

Liczne kostniaki chrząstkowe są schorzeniem całego układu kostnego i należą do wielkiej grupy zaburzeń rozwojowych. Istotą ich są zaburzenia w kostnieniu kości, powstałych na podłożu chrzęstnem. Wysuwano różne określenia dla tej jednostki: skaza kostniejąca (*ossific diathesis*) (Paget), *osteodyplasia exostotica* (Kienböck). Virchow określił je, jako skutek zaburzeń śródchrzęstnego kostnienia chrząstki nasadowej; pojęcie to, z pewnemi zmianami, utrzymuje się naogół do dnia dzisiejszego.

Pels-Lensden wyobraża sobie wzrost kostniaków w sposób następujący: na obwodzie strefy kostnienia części chrząstki rosną w kierunku fałszywym, w przybliżeniu prostopadłym do właściwego. Niema tu rozszczepienia nasady, gdyż brak w tej wyrośli centralnego jądra kostnienia spotykanego w każdej nasadzie. Dalsze przeobrażenie się podobne jak przy prawidłowem śródchrzęstnem kostnieniu. W miarę narastania trzonu kości macierzystej, boczne wypustki chrząstki nasadowej tracą z nią łączność odsuwając się od końca kości, a siła ich wzrostu wyczerpuje się. Za ścisłą łącznością kostniaków z chrząstką nasadową przemawiają: 1) usadowienie ich najczęstsze w miejscach, gdzie chrząstka nasadowa bywa najgrubsza t. j.: na górnym końcu kości ramieniowej, dolnym kości przedramienia, na końcach kości długich kończyny dolnej: 2) obrazy roentgenowskie (Pels-Lensden, Grünfeld, Holzknecht, Kienböck), które wykazują, że chrząstka nasadowa jest nieprawidłową w całej swej rozciągłości; przebieg jej jest nieregularny, falisty, ząbkowany. Hoffer i Brudziński stwierdzili nadto przedwczesne jej kostnienie co dla pewnych przypadków dałoby się przyjąć jako wytłumaczenie skrzywień kości; 3) nieprawidłowy obraz części trzonu bezpośrednio graniczącej z linją nasadową: zgrubiała, warstwa korowa cienka, gąbczasta silniej porowata.

Obok tych zmian w okolicy nasady cały kościec przedstawia zaburzenia rozwojowe. Kości długie są naogół krótsze, niż prawidłowo, stąd osobniki z kostniakami są niskiego wzrostu z tułowiem niestosunkowo wielkim. Poszczególne kości wykazują skrzywienia niekiedy bardzo wybitne. Bessel-Hagen w rozważaniach swych nad tym tematem, doszedł do wniosku, że zaburzenia wzrostu poszczególnych kości są w prostym stosunku do ilości i wielkości kostniaków na danej kości usadowionych: że więc chrząstka nasadowa wyczerpuje swą siłę rozwojową na tworzenie kostniaków.

Pels-Lensden, spostrzegając obrazy wprost przeciwne, uważa skrzywienia i skrócenia kości za objawy równoległe z wyrastaniem guzów kostnych. Odnosi je do jednej wspólnej przyczyny, która wywoływa stan patologiczny chrząstek nasadowych.

W naszych obu przypadkach kostniaki pojawiają się prawie ściśle umiarowo, tak, że wniosków co do stosunków długości wysnuwać nie można.

Co jest przyczyną ostateczną tych zaburzeń? W miarę rozwoju patologji pojawiało się wiele teoryj, ale ostateczna odpowiedź na to pytanie czeka na rozwiązanie niejednej jeszcze zagadki biologji. Najstarsza teorja przyjmuje łączność kostniaków z krzywicą. Wysuwał ją Volkmann, a Virchow przyjmował jej możliwość. Zasadniczym punktem stycznym jest wybitnie nieregularne kostnienie w obu razach. Nie brak także zewnętrznych podobieństw. Pewne kostniaki dają zaburzenia w budowie kośćca naogół charakterystyczne dla krzywicy (opisana przez Bessle-Hagena klatka piersiowa łódkowata i lejkowata przy kostniakach żeber i mostka; guzki na granicy części kostnej i chrzęstnej żeber przypominające różaniec krzywiczy). Obie jednostki prowadzą do daleko idących skrzywień kości długich.

W nowszych czasach wysunięto szereg dowodów przeciw krzywicy. Podczas gdy kostniaki są wybitnie dziedziczne, można przyjąć dla krzywicy chyba tylko dziedziczenie słabej konstytucji ogólnej. Krzywica daje chętnie zmiany w kościach czaszki, kostniaki nie wyrastają nigdy na kościach o podłożu łącznotkankowem; na czaszcze spotykano je wyjątkowo na podstawie, której założenie jest chrzęstne. Histologicznie stwierdza się w kościach krzywiczych wybitne rozszerzenie strefy kostnienia i beleczki kostniny (osteoidu), podczas gdy przy kostniakach strefa kostnienia chrząstek nasadowych jest prawidłowo wąska. Różnice te potwierdzają badania roentgenologiczne. Obserwacje klinicznie nie stwierdzają w większości przypadków kostniaków żadnych zmian krzywiczych; gdzie zaś zmiany te spotykamy, uważać je należy za równoległe i przypadkowe.

Obok tej najpoważniejszej i najdłużej utrzymującej się teorji wysuwano inne. Recklinghausen tłumaczył kostniaki wadliwym rozwojem systemu naczyń kości na podstawie obserwacji licznych naczyniaków u osobników z kostniakami. Spostrzeżenia podobne zastanawiały i innych autorów. Steudel, opierając się na swym przypadku licznych chrzęstniaków połączonych z licznemi naczyniakami, uważa zmiany kośćca za pierwotne a naczyniaki za wtórne. Możliwe, że istnieje łączność między stanami patologicznemi obu układów kostnego i naczyniowego, w większości jednak przypadków stwierdzić się jej nie dało. Beck myśli o kile wrodzonej. O ile łatwo przyjąć możliwość współistnienia obu schorzeń, to jednak badania kliniczne i roentgenologiczne Pels-Lensdena i innych nie wykazały w ich przypadkach żadnych danych w tym kierunku.

W nowszem piśmiennictwie łączą też kostniaki z zaburzeniami tarczycy: Ritter obserwował u osobnika z kostniakami bardzo małą tarczycę, upośledzony rozwój umysłowy i ogólne zahamowanie w rozwoju cielesnym; Mollrow małą tarczycę i niedorozwój płciowy; Goststein objawy Basedowa; Flinker małe wole. Jest to kwestja otwarta dla dalszych doświadczeń nad wpływem tarczycy na rozwój kośćca.

Druga grupa zapatrywań przenosi punkt ciężkości pojęcia licznych kostniaków na teren bujania nowotworowego, co zrozumiałe jest przy nieostrej granicy zaburzeń rozwojowych i bujania nowotworowego w najszerszem tego słowa znaczeniu. Cohnheim uważa za punkt wyjścia kostniaków chrzęstne pozostałości zarodkowe rozsiane po kośćcu. Ujęciu temu odpowiadałyby obserwacje histologiczne Müllera, który pod ochrzęstną i okostną badanego osobnika, z kostniakami stwierdził liczne wysepki komórek chrzęstnych rozsiane równomiernie tak w kościach obarczonych guzami jak i zdrowych. Wysepki te znajdował w różnych okresach rozwojowych i obserwował przechodzenie ich w drobne kostniaki. Typ kostnienia był najczęściej metaplastyczny. M. tłumaczył te zjawiska wadliwą dyspozycją ochrzęstnej i okostnej, ku nadmiernej produkcji chrząstki. Związek kostniaków z chrząstką nasadową odrzucał zupełnie.

Podobne badanie przeprowadził Jaeger; stwierdził on jednak wszędzie ochrzęstne i okostne prawidłowe tak w pobliżu kostniaków jak i w okolicach odległych. Nie mniej spotkał kilka wysepek chrzęstnych komórek leżących pod okostną w okolicy kostniaków. O podobnych obrazach wspomina Virchow i inni. Pels-Lensden uważa je za grupy komórek oddzielonych od chrząstki przez wnikające do jej głębi pasma łącznotkankowe

okostnej z naczyniami. Przypuszcza, że mogą one później stać się punktem wyjścia dla chrzęstniaków względnie kombinowanych kostniaków z chrzęstniakami. Taki obraz histologiczny stwierdza się w naszym przypadku. Dowodów na istnienie takich guzów dostarczają badania roentg. Rumpla i Kienböcka. Kienböck przyjmuje ich możliwość tylko w rzadkich wypadkach, kiedy na podstawie kostniaka wyrasta wtórny guz chrzęstny jeden, wyjątkowo kilka. Twory te określa jako chondromata epiexostotica które mogą bujać złośliwie i dawać przerzuty.

W ten sposób stanęliśmy na pograniczu licznych kostniaków i chrzęstniaków. Są to formy patogenetycznie pokrewne. Dziedziczą się naprzemian w tej samej rodzinie lub też mogą, występować obok siebie. W tych razach kostniaki siedzą zazwyczaj na kościach długich, a chrzęstniaki na kościach palców. Chrzęstniaki, jako postacie histogenetycznie młodsze, objawiają większą siłę rozwojową. Rosną po ukończeniu wzrostu kośćca, czasami bujają złośliwie z przerzutami. Opisywano też przejście chrzęstniaków w typowy mięsak (Chiari, Borchardt).

Zatrzymałem się nieco dłużej nad sprawą przyczyny i pochodzenia licznych kostniaków chrzęstnych, aby zdać sprawę z istoty tego stanu patologicznego w świetle dotychczasowych badań. Stroną anatomiczną i histologiczną, o ile nie była poruszoną dotychczas, zajmę się w związku z opisem własnych przypadków.

Przyp. I. opisuję pobieżnie, gdyż nie należy do grupy ściślejszej omawianych zmian.

Mężczyzna lat 54. żebrak. Przyjęty 21. XI. 1926 na oddział chorób wewnętrznych prym. Dr. Czerneckiego z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli z zaostrzeniem, rozedmy płuc, i osłabienia mięśnia sercowego. Guzy kostne pamięta od dzieciństwa. Podobno nikt z członków rodziny nie ma takich wyrośli. Stan kośćca przedstawia się następująco: wzrost średni, wysokość 170 cm. Odległość szczytu czaszki od spojenia łonowego 90 cm; od spojenia do podstawy stóp 80 cm. kończyny górne jednakowo długie (ramię 27, przedramię 22, ręka 20 cm), kończyny dolne: udo prawe 37, lewe 40. podudzia 37 cm, wysokość stóp 6 cm. (Różnicę długości obu ud tłumaczy się złamaniem prawej kości udowej przed 3 laty wskutek upadku. Wprawdzie sam fakt złamania nie pozostaje w żadnym związku z kostniakami, to jednak obfity rozwój guzów kostnych w obwodowej części trzonu, gdzie złamanie nastąpiło. przyczynił się do wadliwego ustawienia odłamków, do nadmiernego bujania kostniny i skrócenia kości o 3 cm). Zdjęcia roentgenowskie kości długich wykazują daleko idące zniekształcenia na końcach w postaci maczugowatych zgrubień, obarczonych mniejszemi naroślami. Budowa wewnętrzna kości gąbczastej miejscami zatarta i wybitnie nieregularna.

Kość ramieniowa prawa: dośrodkowy koniec silnie zgrubiały przypomina maczugę. Zarysy ostre. Po stronie bocznej na wysokości guzka mniejszego (tu znacznie powiększonego) guz kostny wielkości jaja gęsi, zarysy nierówne drzewkowate; z trzonem połączony jakby szypułą. Budowa wewnętrzna nieregularna, tworzy ją siatka silnie wysyconych nieregularnych beleczek.

Ręka prawa. Kość śródręcza II skrócona, w całej długości zgrubiała. Na końcu obwodowym wybujałość kostna o pagórkowatych, ostrych zarysach. Wyrasta ona ku kości śródręcza III, gdzie poniżej główki wyżłobiła jakby panewkę. Kość łokciowa skrócona, nie dochodzi na 1 palec do kości nadgarstka — koniec jej obwodowy jest zgrubiały.

Kość udowa prawa. Stare złamanie na granicy średniej i obwodowej $^1/_3$. Odłamek górny przesunięty w bok; dolny zachodzi nań dachówkowato i zrośnięty jest częściowo z jego powierzchnią dośrodkową. Mniej więcej od środka powierzchni złamanie ciągnie się ku dołowi w kierunku dołu międzykłykciowego rysa w kształcie wązkiego klina kończąca się około 3 palce powyżej szpary stawowej kolana. Cały odłamek dolny bardzo wybitnie zgrubiały. Zarysy nierówne pagórkowate. Po stronie środkowej, około 10 cm powyżej szpary kolana wybujałość kostna o gładkich konturach; od niej ciągnie się ku miejscu zrostu odłamków gruby podłużny nalot okostnej. Podobna wybujałość kostna po stronie bocznej. Budowa wewnętrzna zamazana. Beleczki kostne rozłożone rzadko i nieregularnie.

Kość udowa lewa. Obwodowo $^1/_3$ zgrubiała. Po obu stronach wybujałości kostne, wielkości orzecha włoskiego o nieregularnej beleczkowej budowie.

Podudzie prawe goleń w górnej $^1/_3$ części lekko zgrubiała, po stronie środkowej tuż poniżej nasady małe wybujałości maczugowate zwisające ku dołowi. Główka strzałki silnie zgrubiała o nieregularnych poszarpanych zarysach; budowa wewnętrzna z silnie wysyconych beleczek w części górnej, poniżej piankowata słabiej wysycona. Obie kości w $^1/_3$ części swej dolnej znacznie zgrubiałe. Cienie ich na konturach zwróconych ku sobie, zachodzą na siebie. Budowa beleczkowa, zatarta.

Podudzie lewe. Goleń lekko zgrubiała w części górnej, zarysy gładkie. Strzałka silnie zgrubiała. Na główce szereg wybujałości pagórkowatych rozchodzących się w różnych kierunkach i tworzących jakgdyby grona. Budowa wewn. wybitnie różna od reszty trzonu; miejscami z podłużnych beleczek kostnych, miejscami piankowata. Części obwodowe trzonu znacznie zgrubiałe zachodzą na siebie i tworzą prawdopodobnie zrost kostny.

Pozatem stwierdza się silne wałowate zgrubienie obu grzebieni łopatkowych. Badanie otologiczne stwierdziło otosklerozę małego stopnia ucha lewego.

Przyp. II. Chora l. 26. przyjęta 15. III. 1926. na oddział chorób nerwowych prym. Dr. Domaszewicza. O guzach kostnych w rodzinie nie słyszała. Od dziecka pamięta guz na prawem ramieniu i lewem przedramieniu; nie sprawiały jej one nigdy dolegliwości. Od 10 lat zamężna. Rodziła 4 razy; 3 dzieci żyje zupełnie zdrowych. Przed $1^1/_2$ rokiem dźwigając ciężar uczuła cierpnięcie nóg i ból w krzyżach. Objawy te wracały potem kilkakrotnie, zwłaszcza w prawej nodze. Po dłuższem siedzeniu wstawała i chodziła z trudnością i uczuwała bole pod kolanami. Od jesieni 1925 stan kończyn dolnych stale się pogarszał. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Stan obecny: wzrost jest średni, odżywienie dobre. Głowa umiarowa, źrenice równo szerokie, oddziaływują dobrze na światło i przystosowanie. W zakresie nerwów mózgowych zmian nie wykazuje się.

Narządy wewnętrzne są bez zmian chorobowych. Kończyny górne są bez zmian neurologicznych. Na kości ramieniowej prawej, dłoń poniżej obojczyka guz wielkości jaja, twardy z kością złączony, niebolesny; części miękkie nad nim przesuwalne. Ruchy ramienia prawidłowe. Podobny guz o wiele mniej wyraźnie wyczuwalny na kości ramieniowej lewej. Na kości łokciowej prawej guzek wielkości bobu na końcu obwodowym. Kość łokciowa lewa znacznie krótsza nie dochodzi do kości nadgarstka; promieniowa lewa kabłąkowato skrzywiona. Ruchy w łokciach i stawach ręki zupełnie prawidłowe. Odruchy brzuszne są zniesione, kręgosłup jest prosty niebolesny.

Napięcie mięśniowe wzmożone bardziej po prawej. Siła ruchowa obniżona obustronnie, wybitniej po prawej. Odruchy ścięgniste podwyższone obustronnie; drganie rzepki i stopy żywsze po prawej. Babiński i Oppenheim obustronnie. Niezborność po lewej, po prawej trudno zbadać. Czucie powierzchowne zaburzone we wszystkich rodzajach; górna granica nieostra, waha przy kilkakrotnych badaniach na szerokości kilku palców. Naogół obniżenie czucia zaczyna się po prawej poniżej pępka z przodu i 4 palce powyżej grzebienia biodrowego z tyłu; po lewej zaś od pachwiny z przodu i 2 palce powyżej grzebienia biodrowego z tyłu. Wybitne zaburzenia czucia głębokiego. Chód spastyczno-paretyczno-ataktyczny.

Badanie płynu mózgo-rdzeniowego: (17. III. 1926.) wodojasny; ciśnienie średnie, $^7/_3$ limfocytów dużych; $^2/_3$ małych. Pandy +++. Ross-James + natychmiast. Nonne-Apelt zmętnienie. Weichbrodt równy. Odczyn złota: płytka krzywa *lues cerebrospinalis*. Mastiks, krótka krzywa *lues cerebrospinalis*.

Na podudziu prawem zgrubienie dośrodkowych końców obu kości.

Pomiary: wysokość całego ciała 156 cm., może nieco mniejsza niż przeciętna dla kobiety (Quetelet 158, Hoffmann 156,5 Krause 162). Odległość szczytu głowy od górnego brzegu spojenia łonowego 80 cm, od tego punktu do podstawy stóp 76 cm; wyraźne więc przesunięcie na niekorzyść kończyn dolnych, gdyż prawidłowo połowa ciała schodzi się u kobiety z górnym brzegiem spojenia. Kończyny górne i dolne jednakowo długie. Ramię 31 cm, przedramię 24 cm, ręka 16 cm. Udo 41 cm, podudzie 34 cm, wysokość stopy 6.

Badanie roentg.: *kość ramieniowa prawa:* w części środkowej guzowate zgrubienie wielkości pięści dziecka, siedzące po stronie środkowej. Zarysy guza nierówne, pagórkowate, w jednem miejscu wyrostek przypominający stalaktyt. Budowa wewnętrzna guza przedstawia kość gąbczastą poprzecinaną nieregularnie biegnącymi gęściejszymi beleczkami. Po stronie bocznej część korowa gładka, cieńsza nieco niż poniżej i lekko łukowato na zewnątrz wygięta. Opisana guzowata wypukłość przechodzi stopniowo w trzon kości ramieniowej, wzmacniając jej część korową, wachlarzowato ułożonemi pasemkami kostnemi. Górna $^1/_3$ trzonu zgrubiała, maczugowato zniekształcona. Główka po stronie środkowej jest wyraźnie spłaszczona.

K. ramieniowa lewa. Na granicy górnej i średniej $^1/_3$ łukowate zgrubienie po stronie środkowej; naprzeciw guzeczkowaty wyrostek. Kształt górnej $^1/_3$ podobny do strony prawej, choć zniekształcenie mniej wyraźne.

K. łokciowa lewa krótka, na 2 cm przed stawem nadgarstkowym kończy się nieregularnem wrzecionowatem zgrubieniem o dość regularnej, może nieco rzadszej budowie kości gąbczastej.

Sam koniec stożkowaty, daje cień gęściejszy. W przedłużeniu k. łokciowej na wysokości powierzchni stawowej k. promieniowej leży pęcherzykowate jądro kostne, kształtu biszkopta. Po-



Zdjęcie tylno-przednie kręgosłupa — część piersiowa dolna

dobne o $^1/_2$ mniejsze leży obok stożkowatego końca po stronie radialnej. Reszta k. łokciowej o budowie i zarysach prawidłowych.

K. promieniowa lewa jest łukowato wygięta, znacznie dłuższa niż łokciowa. Powierzchnia stawowa ustawiona skośnie. Budowa wewnętrzna prawidłowa.



Zdjecie lewego przedramienia

K. goleniowa prawa. Górna $^1/_3$, z wyjątkiem nasady jest zgrubiała. Po stronie bocznej zgrubienie o szerokiej podstawie kształtu niskiego stożka. U podstawy jego ciągnie się jakby w przedłużeniu warstwy korowej trzonu goleni, podłużny, cienki gęściejszy pasek, zanikający stopniowo ku górze. Zgrubienie przechodzi stopniowo w otoczenie. Po stronie środkowej guzowata nierówność.

K. strzałkowa prawa jest cała górna część kolbiasto zgrubiała, zarysy nieregularne o guzkowatych i haczykowatych wyniosłościach.

K. goleniowa lewa postacią i rozmiarami nie wiele odbiega od normy. Po stronie środkowej haczykowaty wyrostek, po bocznej guzowata nierówność.

Rozpoznanie. Liczne kostniaki chrząstkowe na kościach długich kończyn górnych i dolnych. Parapareza spastyczna kończyn dolnych, zmienione odruchy brzuszne, zaburzenie czucia we wszystkich rodzajach, wzmożone białko przy braku pleocytozy uprawniało nas do przyjęcia ucisku pozardzeniowego. Przypuszczalne usadowienie jego przypadało na wysokość odruchu rdzeniowego D X. co odpowiada wysokości VII. kręgu piersiowego.

Co do rodzaju zmiany patologicznej wywołującej ucisk, nie natrafiało rozpoznanie na większe trudności. Gruźlica nie miała żadnego oparcia, kiłę wykluczał ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgo-rdzeniowym, urazu żadnego chora nie podaje. Natomiast nasuwała się myśl ścisłego związku sprawy chorobowej rdzenia z patologicznym stanem kośćca chorej. Powolny rozwój objawów uciskowych bez bolów i zniekształcenia kręgosłupa pozwalał na przyjęcie dobrotliwego guza kręgów, a w szczególności kostniaka. Badanie roentgenowskie potwierdziło przypuszczenie co do tego rodzaju guza i jego usadowienia.

Zdjęcie tylno-przednie. Od kręgu VII piersiowego ciągnie się ku stronie lewej elipsowaty cień, którego środkowa ćwiartka zasłania lewe połowy trzonu VII i VIII kręgu. Odgraniczenie cienia



Zdjęcie lewego ramienia

od części miękkich dość ostre. Zarysy nieregularnie eliptyczne. Budowa nieregularna składa się z kropek i plamek bardziej promienie przepuszczających, które leżą wśród bezpostaciowych, jednolitych mas gęściejszych. Części cienia pokrywające się z trzonami VII i VIII kręgu dają jednolity dość intenzywny cień bez struktury.

Zdjęcie boczne: cień eliptyczny wyżej opisany projektuje się na okolicę tułowia i grzbietowych trzonów VII i VIII kręgu. Cień powoduje mgliste zaciemnienie najintenzywniejsze w okolicy łuku VII kręgu. Brzegi zaciemnienia nieregularne, nieostro odgraniczone wgłębione. Trzony kręgów VII i VIII leżą poza obrębem cienia i wykazują prawidłową budowę i rozmiary.

Podczas kilkutygodniowej obserwacji stan chorej pogarszał się powoli lecz stale. Wobec tego zdecydowano się na zabieg operacyjny. Zabieg wykonano 27. IV. (Prof. Ostrowski). Znieczulenie miejscowe. Cięcie płatowe. Po odsunięciu wyrostków kolczastych VI i VII kręgu piersiowego, odcięto je kleszczami Listona. Oddłutowano następnie łuki tych kręgów i stwierdzono: rdzeń przesunięty ku stronie prawej nie tętni; opona twarda zgrubiała pokryta jakby starą ziarniną, kanał kręgowy wąski, wygięty w kształcie litery S przez wystarczający doń guzek wielkości orzecha laskowego, który wychodził z łuku VII kręgu i częściowo został usunięty wraz z częścią tylną łuku. Guzek ten spycha rdzeń na stronę prawą. Resztę guzka oddłutowano. Zgłębnik wprowadzony powyżej i poniżej do kanału kręgowego żadnych przeszkód nie napotkał. Oś rdzenia wyprostowała się nieco, wystąpiło wyraźne tętnienie. Na tem zabieg zakończono. Zeszyto mięśnie i ranę skórną.

Po zabiegu ciepłota jest prawidłowa. Rana goi się dobrze. Podczas zabiegu uczuła chora jakby prąd elektryczny przechodzący przez kończyny dolne, poczem nastąpiło natychmiast zupełne ścierpnięcie tychże. Objektywnie stan kończyn dolnych pogorszył się znacznie zaraz po zabiegu. Siła ruchowa obniżyła się jeszcze bardziej. Od czasu do czasu występywały samoistne drga-

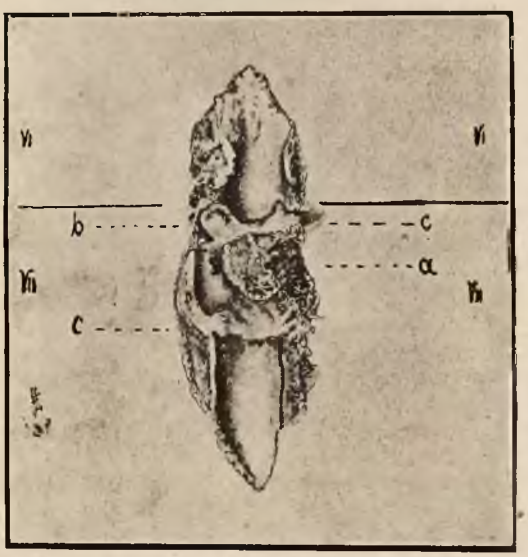
nia kloniczne. Każdemu biernemu poruszeniu jednej kończyny odpowiadają żywe odruchy drugiej. Czucie znacznie pogorszone po obu stronach. Chora doznaje bolów i łamania w obu nogach. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Stan ten utrzymywał się przez 3 tygodnie. W czwartym zaznaczyła się mała poprawa, która odtąd postępywała stale choć bardzo powoli.

Stan neurologiczny 26. V., t. j. w miesiąc po zabiegu, jest następujący: odruchy brzuszne nieobecne. Kończyny dolne: siła ruchowa po prawej zniesiona, po lewej mała. Napięcie mięśniowe wzmożone głównie po prawej, gdzie zaznacza się lekki przykurcz w stanie biodrowym. Odruchy kolanowe żywe, po lewej drganie rzepki. Babiński wyraźny obustronnie. Czucie powierzchowne i głębokie naogół jak przed zabiegiem.

Stan neurologiczny 28. VI (2 miesiące po zabiegu). odruchy brzuszne: po prawej obecny górny i środkowy, po lewej górny. Kończyny dolne: napięcie mięśniowe wzmożone. Siła ruchowa bardzo mała, lepsza po lewej. Odruchy kolanowe żywe. Drganie rzepki po lewej. Obustronne drganie stopy. Babiński wyraźny obustronnie. Czucie powierzchowne zupełnie prawidłowe, głębokie jak przed zabiegiem. Chora sama siada, opuszcza nogi. Chodzić może tylko przy pomocy. Chód spastyczno-paretyczno-ataktyczny.

W kilka dni później chora opuściła oddział z powodów rodzinnych, później nie dało się nawiązać z nią porozumienia.

Szczegółowe badanie preparatu, uzyskanego przy operacji wykazało: przyrost składa się z tylnej części łuków VI i VII kręgu. Jak to dobrze widoczne z rysunku, kanał kręgowy normal-



Rysunek uzyskanego operacyjnie preparatu łuków kręgów VI i VII D. (1/1)

a podstawa oddłutowanego guzka wielkości orzecha laskowego
b pręcik chrzęstny sterczący do światła kanału kręgowego
c nierówności chrzęstne na ścianie tylnej kanału kręgowego

nej szerokości na obu końcach rysunku jest w części środkowej preparatu, odpowiadającej górnemu brzegowi łuku VII kręgu wyraźnie zwężony i przesunięty ku stronie prawej. Na przestrzeni rysunku przebieg kanału przedstawia się w kształcie litery S. Powierzchnia ściany kanału równa i gładka w części jego prawidłowej, wykazuje wybitne nierówności w części środkowej. Nierówności zgrupowane głównie po stronie lewej spowodowały przesunięcie światła kanału, a więc i rdzenia na prawo. Największa wybujałość leży w zakresie łuku VII. kręgu. Na rysunku widzimy jej podstawę kolistą o średnicy około 7 mm; siedzący tu guzek (jak stwierdzono podczas zabiegu przechodził on częściowo na część łuku pozostałą) wielkości orzecha laskowego został odcięty i poddany badaniu drobnowidowemu, ku górze i na lewo od guzka sterczy pręcik chrzęstny wysokości około 4 mm. Powyżej płaskie wybujałości chrzęstne o nierównej powierzchni. Cała ściana kanału w okolicy przegięcia nierówna.

Skrawki podłużne z odwapnionego uprzednio guzka (patrz wyżej) zabarwiono haematoxyliną i eozyną. Począwszy od powierzchni zwróconej do światła kanału kręgowego stwierdzamy grubą warstwę tkanki łącznej niewątpliwie ochrzęstnej. Granica przechodzenia ochrzęstnej w chrząstkę nieostra; gdzieniegdzie wnika tkanka łączna dość głęboko w chrząstkę miejscami oddzielając całe gniazda komórek chrzęstnych. Jamki chrzęstne dość nieregularnie ułożone, częściowo łączą się ze sobą w większe jamy. W głębszych warstwach chrząstka ulega zwapnieniu. Widoczne wypustki szpiku kostnego, wnikające z pętlami naczyń, dokoła których zaczyna się tworzenie blaszek kostnych. Granica między chrząstką, a kością wybitnie nieregularna, brak prawidłowych słupków chrzęstnych; beleczki kostne i ogniska komórek chrzęstnych są dość chaotycznie poplątane.

Jak już wyżej wspomniałem, zastanawia w przypadku naszym zachowanie się guza kręgu VII. Chora ma lat 26, wzrost kośćca jest więc u niej ukończony. Kostniaki innych kości według wywiadów i kilkumiesięcznej obserwacji szpitalnej nie ulegają żadnym zmianom. Natomiast guz kręgu VII bezwątpienia powiększał się. Objawy bowiem uciskowe wystąpiły od $1^{1}/_{2}$ roku i odtąd rozwijały się stale choć powoli. Wzmianki o powiększaniu się kostniaka już poza okresem wzrostu kośćca znajdujemy u różnych autorów, jednak bez bliższego wytłumaczenia tego zjawiska.

Może kostniakom, które w ten sposób się zachowują należy przypisać pewne cechy nowotworowe. W naszym przypadku możnaby wypowiedzieć tylko przypuszczenia na podstawie pewnych szczegółów obrazu rentgenowskiego, gdzie cień guza kręgu VII. wypada mniej jednolicie i regularnie niż cienie kostniaków kości długich. Natomiast dokładne badanie histologiczne nie pozwala na wysuwanie żadnych wniosków w tym kierunku.

Dok. nast.

Kazimierz BEIN. Warszawa.

Nagła utrata wzroku a kurcz naczyń siatkówki *).

W niektórych cierpieniach ustroju (choroba Raynaud'a, migrena, padaczka, zimnica), a nawet u osób zupełnie zdrowych zdarzają się niekiedy napady nagłej utraty wzroku, zwykle w jednem oku, czasem w obu, szybko przemijające po kilku minutach, ale powtarzające się częściej lub rzadziej w przeciągu tygodni, miesięcy, a nawet lat. Ataki takie pospolicie śladów szkodliwych dla wzroku po sobie nie zostawiają, niekiedy jednak po wielu chwilowych zaćmieniach przychodzi nowy, złośliwy napad, po którym następuje ślepota stała. Jednostronność tych zaburzeń świadczy o obwodowem ich pochodzeniu (jednostronna ślepota pochodzenia mózgowego nie istnieje), a brak zmian w sercu i naczyniach pozwala wykluczyć organiczne zamknięcie tętnicy środkowej siatkówki (zator, zakrzep, zapalenie zrostowe), zresztą i tak niepodobna sobie wyobrazić, aby drożność naczynia powracała po tylekrotnie powtarzającem się organicznem zatkaniu.

Dla wyjaśnienia takich przypadków wielu autorów ucieka się do hipotezy kurczowego zamknięcia naczyń siatkówki pod wpływem nerwów zwężających naczynia. Hipoteza ta, wypowiedziana po raz pierwszy przez Raynaud'a przed laty pięćdziesięciu (1874), znalazła następnie wielu zwolenników, a w ostatnich latach znowu wypłynęła na widownię i stała się modną. Niema w tem nic dziwnego, gdyż teorja ta jest niezwykle pociągająca zarówno dla okulisty, jak dla neurologa: wyjaśnia w sposób prosty przypadki zgoła niezrozumiałe, paradoksalne, przytem neurolog tem chętniej ją przyjmuje, że znane mu są przypadki analogiczne w chorobach nerwowych, np. choroba Raynaud'a, w której wskutek kurczowego zwężenia drobnych naczyń palców rąk, rzadziej nóg, palce stają się blade, zimne, nieczułe; potem następuje sinica, która niekiedy prowadzi do zgorzelinowych plam i pęcherzy; w ciężkich przypadkach dochodzi do zgorzeli ostatnich członów palców.

Liczba opisywanych przypadków wciąż się mnoży, lecz niestety wszyscy w rozpoznawaniu popełniają stale jeden i ten sam błąd; nie jest to błąd lekarski, nie dotyczy stosowanych metod badania i spostrzeganych zmian lub objawów, lecz tkwi w logice rozumowania. W przypadkach napadów przemijającej ślepoty, w których niema danych do przypuszczenia organicznego zatkania środkowej tętnicy siatkówki, zwolennicy hipotezy kurczu naczynioruchowego, rozpoznają ten kurcz, choć go sami objektywnie nie stwierdzają. Taki wniosek, oparty na całokształcie cierpienia wyłącznie, wtedy tylko byłby usprawiedliwiony, gdyby istnienie takiej postaci chorobowej było d o w i e d z i o n e; czy jednak tak jest w istocie?

Niektórym autorom (Ramorino, Quaglino, Harbridge) udało się widzieć podczas napadów kurczowe zwężenie tętnic siatkówki, ale inni żadnych zmian w szerokości tętnic podczas napadów nie zauważyli, a niektórzy stwierdzili nawet rozszerzenie naczyń. Choć spostrzeżenia datują się już od lat pięćdziesięciu, przytaczane są ciągle te same stare przypadki; czy nie jest rzeczą dziwną, że dzisiaj gdy liczba lekarzy, badających oftalmoskopowo, olbrzymio

*) Z powodu przypadków, przedstawionych w Warsz. Tow. Neurologicznem (dn. 23. IV. 27) i w Warsz. Tow. Okulistycznem (dn. 27. IV. 27).

wzrosła w porównaniu z pierwszym okresem oftalmoskopji, gdy przyrządy znakomicie zostały udoskonalone, a badanie — ułatwione, że w czasach obecnych nie mnożą się spostrzeżenia oftalmoskopowe kurczu naczyń siatkówki podczas napadów przemijającej ślepoty? I oto dla podtrzymania dawnej hipotezy wypowiedziano nową (Leber), zgoła sztuczną: kurcz naczyń niekoniecznie wywołuje ich zwężenie, czasem następuje tylko zwolnienie w nich krążenia krwi, które jednak wystarcza do chwilowego zaćmienia wzroku.

Jak widzimy zatem rzeczywiste, a nie hipotetyczne zwężenie kurczowe naczyń siatkówki dotąd dowiedzione nie zostało; niezbędne są nowe spostrzeżenia, stwierdzające zwężenie naczyń podczas napadu.

Gorzej jeszcze przedstawia się sprawa wyjaśnienia za pomocą hipotezy kurczowej tych przypadków, w których po wielu napadach, przemijającej ślepoty nastąpił wreszcie stan stałego upośledzenia wzroku, różnego stopnia aż do ślepoty włącznie. W przypadkach tych mamy rzeczywiste zwężenie naczyń siatkówki, jako część obrazu oftalmoskopowego zamknięcia pnia środkowej tętnicy siatkówki lub jednej z jego gałęzi, lecz zależność stałej ślepoty od kurczu naczynia wydaje się nawet zwolennikom tej teorji tak nieprawdopodobną, że dla utrzymania jej nowe, dodatkowe budują hipotezy (Leber): sam kurcz nie wywołuje ślepoty z oftalmoskopowym obrazem zamknięcia tętnicy środkowej siatkówki, lecz przeciągając się powoduje zmiany w naczyniach, które sprzyjają tworzeniu się zatorów, lub być może niekiedy wywołują zapalenie zrostowe. Lecz zarówno przypadki zatrucia chininą, gdzie po maksymalnym długotrwałym (tygodnie, miesiące!) zwężeniu naczyń siatkówki, wzrok powraca, jak doświadczenia na zwierzętach (Redslob), w których pomimo długotrwałego kurczu naczyń po zastrzyknięciu adrenaliny do ciała szklistego królikom, naczynia siatkówki nie wykazywały zmian anatomopatologicznych, świadczą wymownie, że dodatkowa hipoteza Lebera również nieda się utrzymać. Wnioskowanie *ex juvantibus* — przypadki poprawy po wstrzykiwaniach atropiny poza gałkę oczną (Abadie), jakoby przeciwdziałających kurczowi za pośrednictwem n. trójdzielnego — nie może być chyba brane na serjo, tem bardziej, że opisane są przypadki, w których poprawa nastąpiła przy stosowaniu chininy (Ramorino).

Wiadomo doskonale, że w wielu przypadkach zamknięcia tętnicy środkowej siatkówki przyczyny nie udaje się odkryć; statystyki poważnych klinik (zestawienie Kobera z Tubingi) obliczają liczbę tych przypadków na 30%; jeśli we wszystkich takich przypadkach, o ile poprzedzone zostały napadami przemijającej ślepoty, rozpoznawać będziemy kurcz naczyń siatkówki, to zapewne ułatwimy sobie bardzo zadanie diagnostyczne, ale wątpić wolno, czy przyczynimy się w ten sposób do poznania istoty sprawy.

W streszczeniu: *w przypadkach przemijającej ślepoty kurcz naczyń siatkówki nie został dowiedziony, w przypadkach stałej ślepoty — upośledzenia wzroku wyjaśnić nie jest w stanie.* Co przyszłość przyniesie, przesądzać trudno; w każdym jednak razie dopóki sprawa ostatecznie rozstrzygniętą nie zostanie, byłoby stosowniej, mówiąc o takich przypadkach, używać wyrażenia: „tak zwane kurczowe zwężenie naczyń siatkówki".

Piśmiennictwo.

1) Leber: Die Krankheiten der Netzhaut. (Graefe-Saemisch — Handbuch der gesamten Augenheilkunde. Dritte Auflage, 1916). — 2) Dufour et Gonin: Maladies de la rétine. Encyclopédie française d'Ophtalmologie, tome VI, 1906. — 3) Dimmer: Der Augenspiegel u. die ophtalmoskopische Diagnostik. Dritte Auflage, 1921. — 4) Redslob: Recherches expérimentales sur les spasmes des artères rétiniennes. Annales d'Occulistique, mars 1926. — 5) Abadie: Clinique d'Ophtalmologie, avril 1925.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Wilhelm KWASKOWSKI. Tomaszów-Lubelski.

Rozszczepienie tonów, a rytm cwałowy serca.

Małe krążenie było już znane w XVI stuleciu, dzięki pracom mnicha Serwetto. Nie wywarło to jednak znacznego wpływu na rozwój diagnostyki chorób sercowych, wiadomo bowiem, iż do drugiej połowy XVII stulecia panowało mniemanie, wypowiedziane przez Hipokratesa, iż serce i naczynia krwionośne nie ulegają wogóle schorzeniom. Prace zaś Galena o wysiękach w osierdziu i *morbus cardiacus* Caeliusa Aurelianusa posiadają li tylko znaczenie historyczne. Dopiero po odkryciu dużego krążenia przez Wiljama Harwey'a rozpoczął się szerszy ruch na polu patologji serca, Vieussens zauważył związek niektórych postaci dychawicy i przesięków w opłucnej ze schorzeniami serca i opisał przejawy niewyrównania przy *stenosis mitralis* i *pulsus celer* przy *insufficientia v. aortae*. Lancisi zbadał przyczyny rozstrzeni serca i szukał punktu oparcia do rozpoznania schorzeń sercowych w zmianach *„ad oculos"* żył jarzmowych. Albertini próbował określać wymiary serca za pomocą obmacywania i t. d. A jednak prace te nie zdołały utrwalić diagnostyki chorób sercowych, ponieważ nie znano jeszcze podstawowych metod badania serca: osłuchiwania i opukiwania. Pierwsze wprowadził Laennec, klinicysta o światowej sławie, drugie Corvisart. Od tego czasu, t. j. od XIX stulecia, datuje się przyzwyczajenie opisywania w sercu dwóch tonów. Pierwszy — skurczowy o dźwięku niskim, dłuższy w zestawieniu z tonem drugim — rozkurczowym — który, w porównaniu z tonem pierwszym, jest krótszy i o dźwięku wysokim. Swego czasu Laennec głosił, iż pierwszy ton serca powstaje na skutek skurczu aparatu mięśniowego komór; Bouilland i Scoda wyprowadzają pierwszy ton serca od zamknięcia się zastawek dwu i trójdzielnej; Bamberger zaś jest zdania, iż ton ten zależy od napięcia falą krwi ścian tętnicy głównej i tętnicy płucnej przy każdorazowym skurczu komór. Faktycznie, ton pierwszy jest dźwiękiem zbiorowym, na którego całość składają się dźwięki, powstałe z przyczyn powyżej wymienionych. W sercu,, którego poszczególne odcinki nieuległy zmianom patologicznym — wspomniane składniki tonu pierwszego następują jeden po drugim, tak szybko — można rzec błyskawicznie — iż najsubtelniejsze ucho nie może ich uchwycić oddzielnie i wyróżnić od siebie. By uświadomić sobie tę normalną błyskawiczność w sumowaniu się zjawisk akustycznych serca w naszem uchu, dość będzie podkreślić fakt, iż skurcz przedsionków poprzedza skurcz komór na tak znikomy okres czasu, jakim jest 0,02 sekundy. Inaczej przedstawia się sprawa w sercu, dotkniętem jakąś zmianą chorobową. Zmienione warunki pracy serca, np. przy zwiększonej masie krwi, zmiany wsteczne w mięśniu sercowym, zaburzenia w jego unerwieniu, wyciskają pewne piętno na sprawności poszczególnych odcinków, upośledzając czynność serca w kierunku ino- chronodromobatmotropnym, co stwarza już podłoże do ujawniania się poszczególnych składników tonów serca, dających się wtedy uchwycić przez narząd słuchu a określanych przez klinikę, jako rozszczepienie, lub rozdwojenie tonów serca.

Rozszczepienie tonów serca znane było od czasu ukazania się pracy Potain'a: „Note sur les dedoublements normaux des bruits du coeur". Potain już w drugiej połowie ubiegłego stulecia podaje, że obok pierwszego, lub drugiego tonu serca, a niekiedy równocześnie obok 2-ch powyższych tonów da się stwierdzić tony dodatkowe. Zamiast więc 2-ch zwykłych tonów serca, wysłuchujemy czasem trzy, lub cztery tony. Potain odróżnia rozdwojenia patologiczne od t. zw. fizjologicznych. Pierwsze charakteryzuje, jako zjawisko stałe i cechujące pewne stany patologiczne, drugie — fizjologiczne, szybko mijające i zależne jedynie od fazy oddechowej, naprzykład: rozszczepienie pierwszego tonu przypada na okres końcowy wydechu i początek wdechu. Według Potain'a, w powyższym okresie powstają pewne przeszkody przeciwko zamknięciu się zastawki trójdzielnej, a to z powodu wzmożonego ciśnienia w żyłach próżnych dolnej i górnej; oraz w prawym przedsionku, a że równocześnie zastawka dwudzielna przeszkód w zamknięciu się nie napotyka, więc zamyka się wcześniej w porównaniu z zastawką trójdzielną. Zdaniem Potain'a, który rodowód pierwszego tonu serca wywodzi od zamykania się zastawek przedsionkowo-komorowych w tem leży przyczyna usamodzielnienia się jednego ze składników jego pierwszego tonu serca.

Według D. Gerhardt'a, istota rozszczepienia pierwszego tonu serca tkwi w skurczu przedsionków, co potwierdzają prace Krelh'a, Damsch'a i innych. Huerthl, za pomocą mikrofonu — wydzielił ten ton przedsionkowy w postaci dźwięku odosobnionego i niezależnego od komór. Zależność rozszczepienia pierwszego tonu serca od faz oddechowych D. Gerhardt tłumaczy w ten sposób, iż na początku wdechu, kiedy zwykle zjawia się to rozszczepienie — serce większą powierzchnią przylega do klatki piersiowej, aniżeli na wysokości wdechu, kiedy rozszerzone płuca zmniejszają powierzchnie bezwzględnego stłumienia serca i jakoby zamazują obrazy akustyczne serca. Co do mechanizmu rozszczepienia pierwszego tonu serca Obrazcow (Kijów) jest przeciwny poglądom Potain'a, jako sprzecznym poniekąd z fizjologją — i przychyla się ku zdaniu D. Gerhardt'a z zastrzeżeniem co do roli mniejszej, lub większej powierzchni płuc, zależnie od faz oddechowych — na tłumienie, bądź nasilenie przysłuchowe rozszczepionych tonów serca. Obrazcow podkreśla, iż w pozycji leżącej chorego, kiedy serce (wolne od zrostów) ad maximum odsuwa się od przedniej powierzchni klatki piersiowej, spostrzegamy jednak wybitne rozszczepienie tonów, co jawnie przeczy rozważaniom D. Gerhardt'a. Zmianę pozycji pionowej z poziomą Obrazcow zalicza do najbardziej uzasadnionych przyczyn fizjologicznego rozszczepienia tonu pierwszego. Zgodnie z badaniami Marey'a, Szapiro i innych, powyższa zmiana pozycji wzmaga ciśnienie w sercu i w tętnicy głównej, powodując chwilowo krótkotrwałą przeszkodę w przesuwaniu słupa krwi; normal-

ny odstęp (0,02") pomiędzy skurczem przedsionków i komór przedłużają się, co już, jak wiadomo, dosięga naszej świadomości w postaci rozszczepienia pierwszego tonu serca. Poglądy innych autorów, dotyczące pochodzenia rozszczepienia 1-go t. serca, którzy uzależniają je od dwukrotnego skurczu komór w jednej fazie skurczowej, jako, o ile mi wiadomo, nieaktualne — pozostawiam na uboczu. Stanowisko szkoły kijowskiej, dotyczące problemu rozszczepienia 1-go tonu — prowadzi do następujących wniosków:

Rozszczepienie pierwszego tonu zależy od nieprawidłowej różnoczasowości skurczów przedsionków i komór serca, wyławianych oddzielnie przez nasz aparat słuchowy. Rozszczepienie to spotykamy i u ludzi, u których ze strony serca nie stwierdzono żadnych odchyleń od normy. Obok tonu pierwszego, słyszymy ton, poprzedzający go, który określamy, jako przedskurczowy, a który — zależnie od okresu, jaki go dzieli od tonu pierwszego — wyróżnia się bądź całkowicie, bądź prawie łączy się z tonem pierwszym, nacechowanym wtedy pewnem wydłużeniem, poprzedzanem przez zgrzyt (trá-ta). Największe nasilenie akustyczne tego rozszczepienia stwierdzamy na odcinku od 3 do 4 międzyżebrza, pomiędzy linją przymostkową a mostkową lewą. Nie można jednak całkowicie przeczyć twierdzeniu Potain'a, że i u koniuszka serca rozszczepienie pierwszego tonu niejednokrotnie jest uchwytne, chociaż mniej wyraźnie. Rytm rozszczepienia pierwszego tonu tworzy amfibrach: pierwszy ton krótki (przedskurczowy), drugi ton — długi (skurczowy) i trzeci ton — krótki (rozkurczowy) (◡ ' ◡) Wysłuchując serce bezpośrednio uchem poznajemy łatwiej rozszczepienie, aniżeli przez słuchawkę. Tu należy podkreślić z całą stanowczością, iż rozszczepienie pierwszego tonu jest zjawiskiem wyłącznie akustycznem i nie daje nigdy żadnych wrażeń dotykowych przy obmacywaniu. Szkoła kijowska podaje, przytem całą skalę rozszczepień pierwszego tonu serca. Do zjawisk, nie kłócących się z fizjologją, zaliczamy rozszczepienie pierwszego tonu tylko wtedy, gdy występuje ono w pozycji leżącej chorego i wyłącznie przy końcu wydechu i na początku wdechu. Drugi stopień — rozszczepienia stwierdzamy w pozycji leżącej, jak i stojącej, ale jedynie w III. i IV. międzyżebrzu. Trzeci stopień — rozszczepienie słyszymy we wszystkich fazach oddechowych. I czwarte stadjum — ton przedskurczowy poczyna dawać słabe uderzenie, poprzedzające uderzenie koniuszkowe serca. Jest to ostatnie ogniwo które zamyka łańcuch wielopostaciowych przejawów przysłuchowych serca, jako skutek zadziałania czynników przyczynowych, począwszy od fizjologicznych i neurastenji do ciężkich zwyrodnień mięśnia sercowego włącznie — łańcuch, którego pierwszem ogniwem jest na pozór nieznaczne rozszczepienie tonu pierwszego.

Co się tyczy rozszczepienia tonu rozkurczowego, na którego całokształt składają się dźwięki, wywołane zamykaniem się zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej i tętnicy płucnej, to rozdwojenie powyższe, jak i rozszczepienie tonu pierwszego, znajdujemy i u ludzi zdrowych, lecz wyłącznie przy końcu wdechu i na początku wydechu. Potain uzależnia odchylenie, nie wychodzące poza ramy możliwości fizjologicznych — od różnicy w ciśnieniu słupa krwi, jakie powstaje w omawianej powyżej fazie oddechowej, w pniach tętnicy głównej i płucnej. Oceniając ogólnikowo rozszczepienie tonu drugiego ze stanowiska kliniki, musimy podkreślić krótkie, a zarazem wyczerpujące zdanie w tej kwestji Dehio: „tam, gdzie stwierdzimy rozszczepienie tonu drugiego, powinniśmy przyjąć albo istnienie wzmożonego ciśnienia w małym obiegu krwi, albo niewydolność prawej komory". Pozatem, rozszczepienie 2-go t. serca zawsze towarzyszy zwężeniu zastawki dwudzielnej, jako nieodstępny jego satelita. W tem schorzeniu rozszczepienie 2-go tonu znajduje swe uzasadnienie w koncepcji, podanej przez Giegel'a, która, mimo pewnych sprzeciwów, o ile mi wiadomo — pozostaje nadal aktualną.

Koncepcja ta jest identyczną z powyżej przytoczoną koncepcją Potain'a dla rozszczepień fizjologicznych 2-go tonu, z tą tylko różnicą, iż jest wolną od fazowości oddechowej. W większości wypadków rozdwojenie 2-go tonu daje się wyraźniej wykazać u podstawy serca, lecz są przypadki w przebiegu *stenosis mitralis,* iż u szczytu serca rozszczepienie słyszymy wybitniej, a w innych jeszcze przypadkach tego schorzenia rozszczepienie wysłuchujemy wyłącznie u koniuszka serca, a równocześnie u podstawy serca — słyszymy jeden ton rozkurczowy. Dla tego rodzaju przypadków, Potain podaje następujące tłumaczenie. Przy zwężeniu lewego otworu przedsionkowo-komórkowego, natychmiast po zamknięciu się zastawki tętnicy głównej, krew, pod wpływem wzmożonego ciśnienia w lewym przedsionku i ssącego działania lewej komory, dąży ku tej ostatniej, lecz napotyka przeszkodę w postaci zrośniętych płatków zastawki dwudzielnej. Szybkie napięcie tej „przepony" wywołuje ton, który wysłuchujemy u szczytu serca. Tłumaczenie to jednak, jak mniema i Potain — nie może być stosowane do wszystkich tego rodzaju przypadków zwężenia zastawki dwudzielnej. Tyle — w możliwie krótkiem streszczeniu, o rozszczepieniu tonów serca.

O ile rozszczepienie tonów serca można określić, jako pierwszy akt dramatu serca, to końcowym aktem tego dramatu jest tzw. rytm cwałowy sercowy. Rytm ten opisał Potain w r. 1875, zapożyczając nazwę od swego nauczyciela Bouillaina. Genetycznie rytm cwałowy wywodzi się od niewinnego — zda się — rozszczepienia tonów. Różnica polega głównie na skali zmian patologicznych aparatu mięśniowo-naczyniowo-nerwowego serca i zjawiskach natury akustycznej. Gdy rozszczepienie tonów serca, powtarzam — nigdy nie daje wrażeń dotykowych, to cechą najcharakterystyczniejszą rytmu cwałowego jest uchwytne wyraźnie wrażenie uderzenia serca w fazie przedskurczowej, wywołane równocześnie istniejącym przerostem serca. Szkoła francuska, z Potain'em na czele — tak określa warunki i istotę rytmu cwałowego serca. Dodatkowy ton przy rytmie cwałowym zależy zawsze od wlewania się krwi do komór. W warunkach prawidłowych, kiedy „tonus" mięśnia sercowego jest w całej pełni zachowany — wlewanie się krwi do komór odbywa się stopniowo i nie rodzi żadnych zjawisk osłuchowych i palpacyjnych. Sprawa przedstawia się odwrotnie, gdy tkanka mięśniowa jest zwyrodniała, gdy mięsień sercowy utracił przez to swą prawidłową sprężystość i możność przeciwstawiania się napływającej z przedsionków krwi — rozszerzenie komór następuje raptownie, powodując uderzenie, dostępne dla ucha i ręki.

Przedstawiciele szkoły niemieckiej — Kriege i Schmal, uzasadniają swe zdanie o pochodzeniu dodatkowego tonu serca przy rytmie cwałowym odmiennie. „Na początku fazy rozkurczowej lewy przedsionek jest przepełniony krwią. Krew ta normalnie wlewa się do lewej komory serca na mocy działania *vis a tergo,* a częściowo na mocy działania ssącego lewej komory dopóty, dopóki ciśnienie w przedsionkach i komorach nie stanie na jednym poziomie. Wtedy krew w przedsionku zatrzymuje się i przedsionek się kurczy. Lewa komora przy przeroście swych ścian zapobiega przeładowaniu się krwią w dwójnasób. Na skutek przerostu komór — przedsionek — siłą rzeczy, wzmaga swą pracę i w końcu ulega również przerostowi. Dopóki równowaga w pracy przedsionka i komory jest utrzymana — rytm cwałowy nie występuje. Gdy zaś komora lewa słabnie, a z nią i możność przeciwstawienia się wzmożonej pracy przedsionka, komora — przy końcu fazy rozkurczowej — rozszerza się szybko i silniej uderza w międzyżebrza. Uderzenie to, bezpośrednio poprzedzające koniuszkowe uderzenie serca — można w większości przypadków wyczuć dotykowo. Akustycznie zjawisko to występuje, jako głuchy ton przedskurczowy i według Krelh'a, z największem prawdopodobieństwem, jest tonem kurczącego się przedsionka".

O ile więc Potain w mechaniźmie rytmu cwałowego nie przyjmuje stałej zależności dodatkowego tonu serca od skurczu przedsionków, to większość klinicystów niemieckich skurcz przedsionków w omawianem zjawisku uważa poniekąd, jako *conditio sine qua non.*

Zasadniczo, dla celów praktycznych, możemy wyróżnić dwa typy rytmu cwałowego. Przedskurczowy, z udziałem przedsionków i rozkurczowy bez udziału tych ostatnich (Potain). (By nie rozszerzać ram teoretycznych rozważań, pomijam rytm cwałowy skurczowy, posiadający mniejsze znaczenie praktyczne, i zaznaczę tylko, iż mechanizm jego polega na przesunięciu punktu ciężkości akcji na inne odcinki serca: tam przedsionki i komory, tutaj komory i pnie tętnicze serca). Istnienie rytmu cwałowego przedskurczowego i rozkurczowego potwierdzają fakty, zaczerpnięte z dziedziny obsewacji i zachowania się żył jarzmowych przy rytmie cwałowym serca. Gdy przy rytmie cwałowym przedskurczowym spostrzegamy rażące nieraz pęcznienie tych żył (dodatnia fala krwi przy skurczu przedsionków), to w przypadkach rytmu cwałowego rozkurczowego żyły szyjne zachowują się wręcz odmiennie (ujemna fala). Melodja rytmu cwałowego przedskurczowego, miejsce natężenia zjawisk wysłuchowych, odpowiada melodji i miejscu wysłuchiwania rozszczepienia 1-go t. serca, które to rozszczepienie jest jego prototypem. A więc, jak i tam — mamy amfibrach, dający się wykazać w III. i IV. międzyżebrzu.

Rytm cwałowy rozkurczowy, o typie daktylu (melodja przepiórki Obrazcowa) (' ◡◡) — wysłuchujemy już w miejscu odmiennem, a mianowicie, na zewnątrz od linji sutkowej lewej, wzdłuż lewej granicy serca, i w miejscu uderzenia koniuszkowego, co jest całkowicie zrozumiałem, gdy uprzytomnimy sobie jego genezę.

O ile przy wysłuchiwaniu rozszczepionych tonów serca ucho ma pierwszeństwo przed stetoskopem, to warunek ten dla poznania rytmu cwałowego jest prawie bezapelacyjny.

Przy częstoskurczach serca *(tachycardia),* które towarzyszą zwykle zwyrodnieniom mięśnia sercowego — rytm cwałowy przedskurczowy i rozkurczowy często zmieniają swój rytm zasadniczy,

przechodząc w melodję anapestu (◡◡ ׀). Przy częstoskurczach ton przedskurczowy oddala się od tonu skurczowego, zbliżając się do tonu rozkurczowego. A że przy częstoskurczach, mała wogóle pauza pomiędzy fazą skurczową i rozkurczową jest jednak dłuższą od każdej z 2-ch połówek fazy rozkurczowej, oddzielonych jedna od drugiej tonem przedskurczowym i, że liczymy, jako ton pierwszy — ton po dłuższej pauzie, a że w danym wypadku tonem takim będzie ton rozkurczowy, więc w rezultacie otrzymujemy melodję anapestu (◡ ׀). Przejście melodji daktylu — w warunkach częstoskurczu w anapest — teoretycznie jest łatwo zrozumiałe a więc nie wymaga wyjaśnień.

Jakie jest znaczenie rytmu cwałowego dla lekarza, obserwującego chorego i dla samego chorego?

Odpowiedź Obrazcowa na to pytanie jest zwięzła i wymowna: „jest to krzyk serca w przededniu bankructwa"; musimy więc zmobilizować wszystko, by temu sercu, które, jakby urągając normom socjalnym o 8-iu godzinnym dniu pracy — pracuje, często do głębokiej starości, okrągłych 24 godzin na dobę, przyjść z należytą pomocą. Nie od rzeczy będzie podkreślić, iż dla lekarza wogóle, a dla lekarza praktyka w szczególności — obok trafnego rozpoznania ma ogromne znaczenie i trafne rokowanie.

By nie mnożyć przykładów, przytoczę tylko jeden z mej praktyki. Obserwowałem od kilku lat nauczycielkę z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, na podłożu organicznem. Pomimo wyczerpujących wskazówek z mej strony i ścisłego przestrzegania ich ze strony chorej (higjena mieszkania, pracy, odpoczynku i t. d.) — niewydolność serca posuwała się szybko naprzód. Wystąpiły znaczne obrzęki dolnych kończyn, puchlina brzuszna, zastoinowe powiększenie wątroby i śledziony. Rozpaczliwy stan chorej nie rokował żadnej nadziei nie tylko w sensie cofnięcia się zmian chorobowych, ale nawet przedłużenia życia. A jednak, z określeniem ścisłem daty możliwego zejścia byłem ostrożny i odkładałem je do wystąpienia rytmu cwałowego. Gdy rytm o charakterze anapestu — wystąpił, zawyrokowałem, iż chora nie dożyje do następnego dnia. W nocy nastąpiło zejście śmiertelne, a więc wiara, pokładana w znaczeniu rytmu cwałowego — nie zawiodła.

Daleki jestem od myśli, iż, kreśląc wytyczne tylko stanowiska szkoły kijowskiej z przed 14 laty, ująłem przedmiot, ciekawy skądinąd z punktu widzenia teoretycznego, jak i praktycznego — wyczerpująco: złożyły się na to — oddalenie od ośrodków nauki, ze wszystkiemi jego następstwami.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. SEIDLER i Dr. J. WEINSAFT. Lwów.

Przypadek niepowściągliwych wymiotów u ciężarnej wyleczony insuliną.

Z lecznicy Okręg. Zw. Kas Chorych we Lwowie. Kierownik Oddziału Położniczo-ginek. Dr. M. Seidler.

Co do etjologji wymiotów ciężarnych zdania są podzielone. Podczas gdy zwolennicy teorji neurogennej uważają wymioty ciężarnych za reflektoryczną wzgl. histeryczną neurozę (Kaltenbach, Ahlfeld, Albrecht i i.), to przeciwnicy (Seitz, Seidl ii.) są zdania, że chodzi tu o zatrucie organizmu toksynami, czy to wytworzonemi w wątrobie, jelitach lub innych narządach (autointoksykacja) lub toksynami powstałemi w jaju płodowem (syncytiotoksyny).

Według Freya wymioty ciężarnych przedstawiają reakcję osobnika z patologicznie podwyższoną wrażliwością (Affektivität), który na podstawie błędnych pojęć i przedstawień widzi się w swym egocentryzmie zagrożonym. Reakcją bedzie wstręt i obrzydzenie, prowadzący dopiero następowo do zaburzenia przemiany materji i do inanicji, która prowadzi do intoksykacji i toksemji, jeśli w przeciągu 14 dni przyszło do spadku wagi ciała 15%. Wedle autora poza zwróceniem uwagi na przemianę węglowodanów (cukier we krwi) odgrywa tu dużą rolę psychoterapja (leczenie suggestją). Audebert i Gay opisuje przypadek wymiotów ciężarnych uleczony przez suggestję. Pacjentce dano narkozę eterową, zapowiadając przedtem przerwanie ciąży, którego nie dokonano. Następnie podawano kamforę, adrenalinę, i lewatywy cukrowe. Autor doradza zawsze przy wymiotach ciężarnych popróbować psychoterapji. Podobnego zdania jest Kermauner.

Seidl, Seitz i i. uważają wymioty ciężarnych za toksykozę, a to na podstawie a) obrazu anatomo-patologicznego (ciężkie zmiany zwyrodnieniowe w wątrobie i nerce, podobnie jak przy zatruciu arsenem, fosforem, chloroformem),

b) obrazu klinicznego, wykluczającego zwykłą neurozę. Tyczy się to przedewszystkiem zaburzenia funkcji wątroby, co się objawia w wydzielaniu w zwiększonej ilości bilirubiny, niezdolności odbudowy lewulozy, zwiększonej ilości kreatyny, amoniaku i kwasów aminowych, a przedewszystkiem w pojawieniu się acetonu kwasu acetooctowego i beta-oksymasłowego. Dowodzi to już ciężkiego schorzenia wątroby. Według Löesera przy wybitnych toksykozach ciążowych, chodzi o acydozę, (kwas mlekowy, aceton). Autor ten uważa, że zamiast o toksykozie należałoby mówić o acidozie, uważa, że wzrost ilości kwasu mlekowego we krwi jest oznaką zaburzenia przemiany materji i ważnem memento do przerwania ciąży; acidoza zaś wedle niego powstaje przez zaburzenie przemiany materji w wątrobie i trzustce, możliwe pod wpływem łożyska. Według Harbitza przyczyną wspólną dla wszystkich toksykoz ciążowych, jest nabłonkowa warstwa komórkowa kosmków, której Harbitz przypisuje pewne własności sekretoryczne. Nabłonek tej warstwy działa często niszcząco na sąsiednie tkanki. Toksyczne substancje miały by powstać w błonach płodowych.

Co do prognozy, to Frey uważa, że gdy badaniem krwi wykażemy ilości azotu poza białkowego ponad 60 mg, a po podaniu 20 gr. glukozy doustnie wartość odbudowy glukozy (Abbauwert der Glukosebelastung) wynosi ponad 175 minut, mamy do czynienia z groźnem dla życia zaburzeniem funkcji wątroby, (normalnie glukoza wydziela się u kobiety z organizmu po 90 minutach). Gdy po ośmiu dniach leczenia nie nastąpi poprawa tych wartości, radzi bezwarunkowo przerwać ciążę. Löeser sądzi, że u kobiet ciężarnych, które się skarżą na uporczywe wymioty, wykazanie normalnej ilości kwasu mlekowego, wyklucza absolutnie poważniejsze zaburzenie przemiany materji i poważniejszą toksykozę. Ilość kwasu mlekowego wzrasta z ciężkością choroby. Prognoza dla dziecka według Kermaunera przy dodatnim wyniku leczenia ma być zupełnie korzystna.

Z diagnozą nie wolno być zbyt pochopnym. Zdarzają się bowiem wypadki wymiotów u ciężarnych na tle schorzeń organicznych, jak żołądka, *(kardiospasmus, carcinoma pylori,* lub spraw toczących się w mózgu *(gumma cerebri, neoplasma cerebri, encephalitis),* krwawienia czwartej komory (przypadek Petrokubiola). Z drugiej strony Kermauner opisuje wypadek wymiotów u ciężarnych z typowemi objawami i diagnozą *encephalitis.* Sekcja wykazała typowy dla toksycznej *hyperemesis* obraz.

Dokładne badanie krwi i moczu, dokładna obserwacja, rezultat leczniczy (ewentualne przerwanie ciąży) pozwolą nam w przeważnej ilości przypadków się zorjentować.

Co do leczenia, to pomijając środki czysto symptomatyczne, wspomnę o środku poleconym przez Prof. Heintza. Jestto cholaktol, *(ol. methae piperitae* w stałej formie), którego działanie w dwu wypadkach okazało się korzystne; środek ten ma działać, jako cholagogon, przez co toksyny adsorbowane przez żółć, zostają unicestwione.

O psychoterapji i leczeniu suggestywnem wspominaliśmy. Możliwe, że w lekkich wypadkach, u typowych histeryczek możemy niem uzyskać wyniki. Inni autorzy natomiast są zdania, że przez wpływ psychiczny można nawet ciężkie wypadki wyleczyć. Wydaje się to jednak wielce problematyczne.

Stanley E. Denwer zwraca uwagę na uspokojenie błony śluzowej żołądka, dobre odżywianie i spokój. Doradza leżenie w łóżku, płukanie żołądka, *natr. bicarb.,* adrenalinę doustnie lub podskórnie, lewatywy z cukru gronowego z natron, wieczorem do lewatywy *kali bromati* i zwolna wracać do dawnego trybu odżywiania.

Horalek chwali sobie leczenie *hyperemesis gr. corpus luteum.* W 24 przypadkach miał bardzo dobre rezultaty, w lekkich przypadkach stosując je doustnie lub dwie do czterech injekcyj, w cężkich 10—12 injekcyj. Przytem ciężarna musi leżeć w łóżku i przyjmować jedynie zimne płyny.

Malinin opierając się na tem, że ciałka czerwone przez adsorbcję jadów odtruwają ustrój następnie pochłonięte w śledzionie, głównie w wątrobie przez erytrofagi (komórki Kupffera), dodają bodźca do tworzenia się antytoksyn, radzi leczyć wymioty ciężarnych autochemoterapją (15—25 centymetrów krwi po wzięciu z *vena cubitalis),* wstrzykuje jednorazowo domięśniowo w kilku miejscach. Powtarza ten proceder kilka razy, jeden wypadek tak leczony dał wynik korzystny. Autor zachęca do dalszego stosowania tego leczenia.

W dobie obecnej terapja wymiotów ciężarnych wkroczyła na nowe tory, a to dzięki stosowaniu insuliny.

Opierając się na pracach i pomyślnych wynikach leczenia wymiotów ciężarnych insuliną postanowiliśmy ją zastosować w naszym przypadku.

Dotyczył on chorej W. S., przyjętej dnia 8. III. b. r. do lecznicy Okręgowego Związku Kas Chorych, której wywiady są na-

stępujące: Miesiączka pierwsza w 16-tym roku życia, odtąd regularnie co 3 tygodnie, trwająca 6—7 dni, mierna, bolesna. Ostatnia przed 8 tygodniami. Jeden raz rodziła, nie roniła, skarży się na uporczywe wymioty, od czterech tygodni występujące 6—8 razy dziennie, zwłaszcza po jedzeniu. Pacjentka znacznie schudła i osłabła.

Status praesens: Chora wzrostu średniego, miernej budowy kośćca, odżywienia dość podupadłego. Skóra o zabarwieniu żółtawem, widoczne błony śluzowe blade. Płuca poza lewostronną induracją, żadnych zmian nie wykazują, serce bez zmian. W moczu białko, cukier i aceton nieobecny. Badaniem ginekologicznem stwierdza się ciało macicy, kuliste, ruchome i powiększone, wielkością swą odpowiadające 2-miesięcznej ciąży. Diagnoza: *Graviditas 2 mens., hyperemesis gravidarum.* Pacjentkę przysłał nam ordynujący lekarz do przerwania ciąży, po wyczerpaniu wszelkich środków leczniczych. Jakkolwiek stan pacjentki był tego rodzaju, że istniało wskazanie do przerwania ciąży, to jednak na wyraźne jej życzenie zachowania ciąży, postanowiliśmy ją leczyć konserwatywnie.

Chociaż badanie krwi i moczu nie wskazywało na ciężką toksemię, jednak mimoto wychodząc z założenia, że nawet lekkie stosunkowo wymioty ciężarnych sa jednak wyrazem zatrucia, a raczej zakwaszenia ustroju (mógłby tu bowiem wchodzić w grę i kwas mlekowy, którego nie oznaczaliśmy), rozpoczęliśmy leczenie insuliną, nie jednak wyłącznie nią, jak to próbowali Howitt, Seidl i inni, lecz w kombinacji z podawaniem glukozy, licząc się z niebezpieczeństwem hipoglykemji, przed którą tak gorąco przestrzega Bokelmann. Krew badana w drugim dniu leczenia, na cukier, wykazała normalne jego ilości (0·95‰).

W myśl wywodów Speidla, staraliśmy się nasze leczenie doprowadzić do końca trzeciego miesiąca ciąży, gdyż wtedy zaczyna pracować wątroba płodu i wymagania jej od wątroby matki stają się mniejsze. Według najnowszych zaś poglądów niedomoga wątroby (funkcjonalna czy też anatomiczna) ma odgrywać kolosalną rolę w toksemjach ciążowych wogóle, a w szczególności w wymiotach ciężarnych. Toteż doprowadzenie ciąży do trzeciego miesiąca, oznacza przejście najniebezpieczniejszego okresu. Dlatego Speidel leczy wymioty ciężarnych w ten sposób, że podaje lewatywy odżywcze i glukozę wśródżylnie, tę ostatnią nietylko celem pokrycia zapotrzebowania węglowodanowego płodu i matki, ale i dla regerenacji uszkodzonych komórek wątrobowych. Glukozę podaje w trzecim i szóstym dniu leczenia, lewatywy odżywcze codzienne. W ósmym dniu przepłukuje żołądek. W dziewiątym dniu zaczyna odżywiać doustnie i w miarę możności przyjmowania pokarmów doustnie ogranicza lewatywy odżywcze. Na 24 w ten sposób leczonych przypadków wymiotów ciężarnych, w 22 udało mu się ciąże zachować. Symptomatycznie podaje brom i chloral w lewatywach i wyciąg z ciałka żółtego (w myśl tego, że chodzi tu o zaburzenie w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu), dwa razy dziennie wśródmięśniowo od początku leczenia. Gdy to leczenie nie pomaga, uważa za wskazane przerwać ciążę.

Skombinowaliśmy nasze leczenie insuliną z lewatywami z glukozy (na 150 gr. wody 2 łyżeczki glukozy, 5 kropli nalewki z makowca, szczypta soli), symptomatycznie podając w pierwszych dniach mentol z kokainą. Lewatywy podawaliśmy trzy razy dziennie. W 10 minut po każdej lewatywie w pierwszych 3 dniach po 10 jednostek insuliny (angielska A. B Brand) w dalszym ciągu po 15 jednostek. Przytem odżywialiśmy pacjentkę forsownie pokarmami mieszanemi z cukrem, (mleko z masłem, żółtkiem i cukrem, konfitury etc.). Mimo tych środków ostrożności przyszło kilka razy do lekkich objawów hipoglykemji (senność, bóle głowy, drżenie kończyn), które jednak szybko ustępowały. Przy tem leczeniu obfite dawniej wymioty znacznie zmalały. W drugim dniu leczenia pacjentka 3 razy wymiotowała, w trzecim dwa, w czwartym jeden raz. Następuje kilka dni bez wymiotów, i poza lekkiemi nudnościami samopoczucie chorej dobre, poprawa stanu widoczna. Przy objawach hipoglikemicznych podawaliśmy cukier doustnie i usuwaliśmy na dwa do trzech dni insulinę. W ciągu dalszego leczenia przeważają dni bez wymiotów, w każdym razie nie wymiotuje chora więcej, jak jeden do dwu razy dziennie i to w nocy, w kilka godzin po spożyciu ostatniego posiłku, tak, że stan odżywienia niewiele przez to mógł ucierpieć. Ogółem podaliśmy 290 jednostek insuliny. Z końcem leczenia oznaczony cukier we krwi okazywał ilości prawidłowe, ciał ketonowych brak.

Zwróciliśmy również uwagę na zachowanie się ciałek białych. Według Waltera Simona występuje przy intoksykaciach leukopenja alimentarna. Przy normalnych ciążach bowiem Vidal dodatni, należy do rzadkości. W naszym wypadku mieliśmy w istocie leukopenję 4600, z początkiem leczenia. Po ukończeniu leczenia ilość leukocytów wzrosła do 5100, co było więc objawem bądź co badź dodatnim.

Po trzytygodniowem leczeniu pacjentka opuściła lecznicę, nudności i wymioty ustąpiły. Zapisano oreksynę z kokainą. Za tydzień pacjentka miała się zgłosić do kontroli. Gdyśmy prawie sześć tygodni na nią czekali nadaremnie, odwiedziliśmy ją osobiście i stwierdziliśmy samopoczucie doskonałe, wymioty od opuszczenia lecznicy wystąpiły tylko dwa razy, nudności brak, apetyt dobry.

Oczywiście w naszym przypadku zmiana otoczenia, izolacja, świadomość chorej, że budzi żywe zainteresowanie u lekarzy, nie mogły być bez wpływu na jej stan psychiczny. W każdym razie chęć pacjentki utrzymania ciąży wskazywałaby jednak, że moment psychiczny nie odgrywał tu dominującej roli, gdyż w takim wypadku czterotygodniowe leczenie w domu powinno było dać jakiś przynajmniej rezultat. Zasługę należałoby więc przypisać stosowaniu insuliny. Trudno wprawdzie na podstawie pomyślnego rezultatu w jednym przypadku polecać stosowanie insuliny w wymiotach ciężarnych, wynik jednak był tu tak szybki i zdumiewający, że naszem zdaniem powinno się w przyszłości nie zapominać o tym środku.

Według Bokelmana, Rothera i Bocka przy toksykozach ciążowych do których możemy zaliczyć w myśl wywodów Seidla wymioty ciężarnych, chodzi głównie o zwiększenie ciał ketonowych we krwi. Ciała ketonowe musimy uważać za niedopałki kwasów tłuszczowych i możliwe białka wskutek niezużytkowania, braku czy niespalenia węglowodanów. Warunkiem rozkładu zaś białka i kwasów tłuszczowych na ich składniki najprostsze, jest zupełne spalenie węglowodanów nieodzowne.

Działanie lecznicze insuliny przy acidozach ma polegać na spalaniu węglowodanów, przez co uniemożliwione jest tworzenie się niedopałków. Insulina umożliwia nawet przy niskim poziomie węglowodanowym w organizmie, przez spalenie węglowodanów znieść ketonemję i ketonurję.

Seidl oczekuje od działania insuliny na podstawie praktyczno-teoretycznych rozważań:

1) zmniejszenia wzgl. zniesienia acidozy krwi i przez to oddziaływania na same wymioty, stany bowiem acidotyczne (Falta, Seitz) łączą się ze zwiększoną wrażliwością układu nerwowego. Usunięcie acidozy, czy jej zmniejszenie usunie tę wrażliwość.

2) hipoglikemji, która powstaje wtedy gdy cukier we krwi spada niżej 0.07%: jeżeli przy objawach rozpoczynającej się hypoglykemji nie będziemy przeciwdziałali, wówczas wśród nasilenia objawów występują drgawki mięśniowe i stan taki kończy się śpiączką i śmiercią.

W takich stanach przez podanie cukru doustnie, czy w ciężkich przypadkach dożylnie, przy ewentualnem zbliżającem się niebezpieczeństwie możemy się przed objawami shoku hipoglykemicznego ustrzec. Z drugiej strony charakterystycznym objawem hipoglykemji jest wzmożony głód (Heisshunger), przez to zwiększony apetyt, tak bardzo pożądany przy wymiotach ciężarnych, powodujący lepsze odżywienie i przybytek na wadze. Autor podaje 10 przypadków leczonych z pomyślnym rezultatem insuliną. Przed jej podaniem bada mocz na cukier i ciała ketonowe. Podaje naprzód zwykłe pożywienie. Kobiety nie reagujące na nie wymiotami, nie zawierały zwykle ciał ketonowych, nie chodziło tu więc o poważną toksykozę wzgl. acydozę. Podawał $^{1}/_{2}$ godziny przed obiadem 10 jednostek insuliny, następnie taką samą dawkę $^{1}/_{2}$ godziny przed kolacją. Gdy chora te dawki dobrze znosi, na drugi dzień już podaje dwa razy po 20 jednostek insuliny. Przy tych dawkach występują prawie zawsze objawy hipoglikemiczne (bicie serca, niepokój, głód), wymioty jednak znikały często już po 24 godzinach, aceton znikał z moczu lub zmniejszał się, waga ciała wzrastała. Przy ustaniu stosowania insuliny, aceton coprawda wraca. Przy dłużej zaś trwającej toksykozie ciążowej, wpływ insuliny na ciężar ciała i acetonurję zmniejsza się, wreszcie ustaje.

Oczywiście i przy leczeniu insuliną odgrywa rolę chęć i wola zachowania ciąży, wszak wymioty można i sztucznie wywołać.

Bokelmann przestrzega przed stosowaniem insuliny samej bez glukozy ze względu na niebezpieczeństwo shoku hipoglikemicznego i wogóle sceptycznie zapatruje się na stosowanie insuliny przy wymiotach ciężarnych.

Narazie jestto jeszcze kwestja otwarta, wymagająca dalszych badań i obserwacji na jak największym materjale.

Piśmiennictwo:

Speidel 1924: Zentr. Bl. f. Ginek. Nr. 19. Eine geregelte Behandlung der Hyperemesis Gravidarum. — Pedro Kubida: Zbl. f. Gin. Nr. 19. 1924. Unstillbares Erbeechen wahrend der Schwangerschaft. — Zimmerman 1924: Zbl. f. Gin. Nr. 19. Cholaktol bei Hyperemesis Gravidarum. — Harbitz 1924: Zbl. f. Gin. Nr. 19. Autointoksikation in Schwangerschaft und Wochenbett. — Frey 1925: Zbl. f. Gin. Nr. 6. Beitrag zur Hyperemesis Gravidarum. — Frey 1926: Zbl. f. Gin. Nr. 9. Die Bedeutung der chemisch fisykalischen Blut-Zucker-

belastungskurve im weiblichen Organismus in — und ausserbalb der Gestation. — Malinin 1926: Zbl. f. Gin. Nr. 26. Ueber Autochemotherapie beim unstillbaren Erbrechen der Schwangern. — Löeser 1926: Zbl. f. Gin. Nr. 28. Milchsaurcentwicklung in der lebenden menschlichen Placenta. — Loeser 1926: Zbl. f. Gin. Nr. 51 a. Ueber den vermehrten Milchsaurenverhalt im Blute während der Schwangerschaft. — Seidl 1926: Münchener Mediz. Wochenschrift Nr. 26. Die Beeinflussung der Acidose bei Hyperemesis mit Insulin. — Kermauner 1927: Die ärztliche Praxis T. II. Welche Aussichten hat die Behandlung der Hyperemesis Gravidarum. — Bokelmann 1927: Zbl. f. Gin. Nr. 17. Zur Kritik der Insulintherapie bei der Gestationstoksikose.

Dr. Emil TERLECKI. Ostrzeszów.

Tran rybi w leczeniu gruźlicy.

Bakterjo i chemoterapja gruźlicy nie wyrzekły dotychczas ostatniego słowa. Jak sanatoryjne, tak i klimatyczne leczenie w połączeniu z higieno-dietetycznem wymaga bardzo długiego czasu i jeszcze większych kosztów, przez co jest niedostępnem dla szerokich warstw ludzi niezamożnych, którzy są pozbawieni możności prowadzić walkę skutecznie z mizerją fizjologiczną wogóle, a tem bardziej z konstytucją gruźliczą. Dla tego gruźlica zbiera w Polsce obfite żniwo, a lekarz czuje się wobec niej bezradnym.

Usiłowania lecznictwa wytężone we wzmiankowanych kierunkach usuwają powoli w cień zaniedbania stary lecz pełnowartościowy, przeciwskrofuliczny i przeciwgruźliczy środek, mianowicie tran rybi, czemu ogromnie sprzyja przykry, a czasem i wcale nieznośny jego zapach. Dopiero czasy ostatnie, dokonywujące zupełnego przewrotu w nauce o odżywianiu (witaminy), wysuwają znowu tran rybi na miejsce przodujące, jako środek najbardziej bogaty w witaminę A i uchyliły przezto zasłonę z tajemnicy cudownego jego działania.

Płonność zupełna po kilkakroć powtarzanych w każdym przypadku zabiegów operacyjnych zachowawczych, jaka mię prześladowała w gruźlicy kostnej i innych tkanek wskutek stałych nawrotów, zmusiła od roku 1902 na oddziale chirurgicznym M. W. lazaretu w Tule (podczas jap. wojny 250 miejsc chirurg.), do zaniechania takowych i wprowadzenia tu wyłącznie tranu. Impuls do tego dany mi był przez wspomnienie z pierwszych lat praktycznego zawodu przypadku z dzieckiem półtorarocznem o kilkunastu przetokach sączących na wszystkich 4-ch kończynach i klatce piersiowej, który dał się zupełnie zlikwidować w niespełna trzy miesiące przez trzy łyżeczki tranu dziennie. Naprzykład, gruźlica typowa kości piętowej, operowana jaknajbardziej dokładnie (otwarcie od tyłu, od wewnątrz abrazja jej ciała) poitrzykroć z następującym prawidłowo nawrotem swoistej ziarniny, po zaordynowaniu dwóch łyżek tranu zkonsolidowana *ceteris paribus* po upływie trzech tygodni zupełnie, chory wypisany ze szpitala. Albo wylew ogromny krwi podskórny w okolicy zewnętrznej strony prawego kolana w krępej budowie i dobrego odżywienia kawalerzysty kałmuka wskutek stłuczenia przy upadku z konia podczas ćwiczeń. Zupełna niezdolność do wchłonięcia, organizacja następowa w postaci bladożółtawej ziarniny z przeżarciem w kilku miejscach powłoki zewnętrznej. Operacja czterokrotna z ponawiającym się coraz nawrotem. Nareszcie — tran; konsolidacja i wypisanie ze szpitala w pięć tygodni.

Od tego czasu wszelkie sprawy gruźlicze traktowane wyłącznie tranem. Wszelkiego rodzaju i umiejscowienia, *Spina ventosa*, gruźlica chrząstek krtani z sączącemi przetokami, gruźlica gruczołowa i ropiejąca, *toczeń nosa* i skóry innych okolic, wszystko się najpomyślniej likwiduje w ciągu od 1½ do 3 miesięcy jako prawidło.

Oto parę przypadków z czasów ostatnich w najbardziej skromnych warunkach życia wiejskiego pacjentów:

Spondylitis tuberc., abscessus frig. femoris sin. Władysława Dziekan, żona gospodarza wsi Bukownica, pow. Ostrzesz., lat 38, początek listopada roku 1925. Chora od pół roku, odżywienie dostateczne, stan bezgorączkowy. Przybyła z żądaniem otwarcia ropnia l. uda, który już chodzić nie dawał. Bolesność kręgosłupa na poziomie 5—6 kręgów piersiowych, przy naciskaniu palcem i pochyleniu. Aspiracja dała około 8 litrów brudnej, szarozielonawego koloru gęstej ropy. Wskazanie: 4 łyżki tranu dziennie. W połowie grudnia (druga wizyta) aspiracja daje już tylko dwie szklanki czystej żółtej ropy *(pus bonum)*, ogólny stan dobry, ognisko niewrażliwe. W początku lutego 1926 r. (trzecia i ostatnia wizyta) odciągnięto tylko pół szklanki czystego zupełnie przezroczystego płynu. Po roku, w marcu 1927, jest zupełnie także zdrowa, nie przerywała zajęć domowych.

Spina ventosa antibrachii sin. Banasiowa Marjanna, żona fornala, lat 45, dominjum Laski, pow. Kępiński, (fundacja Ś. p. prof. Święcickiego), rok 1923, w sierpniu. Chora trzy lata, lewe przedramię wrzecionowato zgrubiałe, o 8 ctm. obwód powiększony w porównaniu ze zdrowem, garść i wszystkie palce bezwładne, usztywnione w stanie znacznego zaniku. Kilkakrotnie miała polecaną amputację. Wskazanie: 4 łyżki tranu dziennie i szklanka kumysu. Po upływie sześciu tygodni palce i cała ręka są czynne, wykonywują wszystkie gospodarcze roboty, śladów długotrwałego schorzenia żadnych. Stan taki trwa 3 i pół lata dotychczas bez zmiany. Od czasu do czasu powtarza tran.

Ostitis tuberculosa ossium tarsi et metatarsi pedis dextrae. Adenitis tuberculosa, scrophuloderma, fistulosis colli. Franciszek Jakóbczyk, robotnik rolny ze wsi Torzeniec, pow. Kępno, lat 25, 1 sierpnia r. 1923. Obwód prawego śródstopia potwornie zgrubiałego o 15 ctm. większy od zdrowego lewego. Powłoki zewnętrzne tylnej powierzchni stopy szarosinawego koloru, w wielu miejscach przeżarte, przez luki w skórze przeglądają białawe zserowaciałe masy. Cała kończyna 6 lat nieczynna zupełnie. Naszyjnik z gruczołów sączących. Propozycja amputacji odrzucona jak i wszystkie inne w ciągu 6 lat. Wskazanie: tran 4 łyżki dziennie, miejscowa gorąca kąpiel. 28 sierpnia po upływie tylko czterech tygodni Z. przybył do Wieruszowa, odległego o 18 kilom., *pieszo* po „atest" do pracy. Wszystko zabliźnione, niektóre blizny wciągnięte i nieruchome, obwód tylko o 2 ctm. większy od lewej stopy. Na szyi przetoki zabliźnione, ślady scrophulodermy. Ledwo się udało odmówić, jednak po dwóch jeszcze tygodniach różnicy w obwodzie obu stóp niema, świadectwo do pracy wydane. W lutym 1924 u pacjenta przy pracy od uderzenia belką złamanie lewego obojczyka; konsolidacja w trzy tygodnie gładka bez powikłania, obecnie pracuje na roli w Niemczech. Ten tak zadawniony i ciężki przypadek dał najbardziej świetny wynik pod względem czasokresu.

O ile pacjent ma tolerancję do tranu niezawodny skutek następuje w przeciągu 2—3 miesięcy do 4 łyżek dziennie, dawki, której na przeciągu 25 lat nie zdarzyło mi się potrzeby przekroczyć. W gruźlicy płuc we Francji ordynują 7 łyżek, prof. Zilgien, w chirurgicznej do 8, prof. Forgue i Reclus.

U dorosłych najlepszy *corrigens* stanowi obietnica kategoryczna poprawy; najłatwiej dają się oswoić z zapachem tranu dzieci: parę dni się ściska nosek dziecka palcami, na trzeci dzień każde już chętnie samo przyjmuje i przypomina.

Emulsji tranowej zamiast jednej łyżki czystego trzeba przyjąć pięć (60% wapna i sodu), co niezmiernie podnosi koszt leczenia i może być w takiej ilości nieobojętne dla ustroju. Nawet Oljecol, tran aromatyzowany, w którym doskonale zniesiony jest specyficzny zapach, mniej chętnie przyjmowany jest przez dzieci i ludzi dorosłych.

Ten sam stosunek tranu, daje się zawsze spostrzegać bez zawodu i pod względem czasu i w gruźlicy płucnej. Trudność czasami powstaje w późnych okresach z upośledzeniem apetytu. Todek do podniesienia łaknienia, a mianowicie kumys, który też niechybnym tu sprzymierzeńcem jest zawsze niezawodny środek do podniesienia łaknienia, a mianowicoie kumys, który mieć najłatwiej można jako stały środek domowy, wcale niekosztowny i to na przeciągu całego roku*), więc zawsze, a nietylko w sezonie, który oprócz wszystkich swych zalet posiada jeszcze jedną przedtem nieznaną, mianowicie, że drożdże (tem bardziej zapewne *in statu nascendi)* stanowią czołowego przedstawiciela witaminy B, czem się daje tłumaczyć zbawienny wpływ na podniesienie tak szybkie odżywienia i wagi. U wycieńczonych osobników daje się nieraz stwierdzić w jednym tygodniu podniesienie takowej o 2 kilo. Cztery kilo na miesiąc stanowi zwykłe zjawisko. W jesieni 1926 r. zdarzyło mi się stwierdzić 7 kilo na

---

*) Pol. Gaz. Lek. Nr. 32. 1923. Kumys z krowiego mleka. Dr. Emil Terlecki. Ciekawy fakt udało mi się stwierdzić przez jednego z pacjentów, że podana tu myśl nie jest w Polsce wcale nową, gdyż prof. Tytus Chałubiński przeprowadzał ją dawno. Śladem tego jest Jego przepis, zachowany już tylko przez ś.p. autorkę 365 obiadów, w jej dziełku pod tytułem: „Jedyne przepisy praktyczne konfitur, likierów etc.". Warszawa, Gebethner i Wolf. Wydanie XVIII, rok 1900, str. 325 § 28. Sposób robienia kumysu z krowiego mleka. Proporcja na jedną butelkę. 1 szklankę mleka zbieranego, 1 szklankę wody przegotowanej, łyżkę cukru miałkiego, łyżkę drożdży świeżych od piwa zwyczajnego i jedną łyżeczkę cukru mlecznego. Wszystko zmięszać, wlać w butelkę, zakorkować tak, żeby korek tkwił do połowy i zostawić 12 godzin w spokoju, co dwie godziny silnie kłócąc. Po 12 godzinach korek wbić, zawiązać szpagatem i leżącą trzymać w piwnicy 24 godzin, po upływie których kumys gotów jest do picia.

Oczywiście przepis nie dał się spopularyzować przez to, że ingredjenty są mniej dostępne, jak cukier mleczny, a szczególnie drożdże świeże od piwa, płynne.

miesiąc (P. Jeżowska, żona gospodarza ze wsi Potaśnia, pow. Ostrzeszowski).

Istotnie cudowne wyniki, jakie się dają i to w tak krótkim czasie, osiągnąć tranem w gruźlicy płucnej i innej, dają wrażenie, że jest to środek przy tej sprawie najzupełniej swoisty, a tembardziej w połączeniu z kumysem, podnoszącym tak świetnie i z uderzającą szybkością ogólny stan odżywienia. Sama przez się nasuwa się myśl, że podłoże gruźlicy stanowi właśnie awitaminoza, mianowicie brak witaminów A i B w ustroju.

Przytaczać poszczególne przypadki było by zadługo, omówić się tylko trzeba, że najbardziej posunięte postacie co do siły i przestrzeni (oba płuca), z hektycznym stanem gorączkowym, krwiopluciem, nocnemi potami, stwierdzoną obecnością laseczników, ulegają niedługo restytucji, po miesiącu chorzy tacy opuszczają łóżko, a po dwóch-trzech wracają do zwykłych zajęć, o ile objawiają dobre chęci i tolerancję do tranu.

OCENY.

W miesięczniku *„Higjena i epidemjologja“*, wychodzącym w Moskwie pod redakcją Marcinkowskiego, prof. Sysina i prof. Tarasiewicza ukazała się w 10-ym Nr. z października 1926 r. praca prof. S. W. Korszuna i Dr. A. A. Spiryna pod tytułem: „Próba uodpornienia czynnego przeciw szkarlatynie“.

Praca ta wyszła z instytutu chorób zakaźnych im. Miecznikowa.

Temat niezwykle interesujący wszystkich, a specjalnie nas, z uwagi na niedawne epidemje płonicy w Warszawie, Lwowie, Krakowie i innych miastach, którą staraliśmy się zwalczyć szczepieniami metodą Dicków. Pożądanem jest dowiedzieć się, co nasz wschodni sąsiad, okazujący wielką ruchliwość i inicjatywę, także w dziedzinie higjeny, na tem polu zrobił. Nie zaszkodzi porównać sposobu wykonywania i wyników szczepienia tą metodą w Moskwie, opisanych w świeżej pracy, z okresu między lutym a majem 1926 roku. W krótkim referacie nie można przytaczać wszystkich pracowicie zebranych dat, liczb i tablic — trzeba ograniczyć się do głównych zarysów akcji, przeprowadzonej na sporej liczbie, bo 20.870 osób. Używaną dawniej w Rosji (1905—1908) metodę Gabryczewskiego zarzucono. Obecnie autorzy stosowali 3 rodzaje szczepionki: 1) szczepionkę formalinową ze streptococcus hemolyticus (16.487 osób), 2) złożoną (694 osoby), 3) w postaci oczyszczonej toksyny (405 szczepionek). Pierwszą przygotowano w następujący sposób: peptonowy bulion z 5% surowicą krwi końskiej zasiewano 10—20 rodzajami hemolitycznego paciorkowca, po 4-ch dniach zlewano do jednej flaszki wszystkie hodowle. Dodawano po 0.1—0.2 formaliny i po zlaniu 3/4 płynu miareczkowano fizjologicznym rozczynem soli kuchennej w ten sposób aby 1 cm³ formalinowanej szczepionki zawierał (0.5‰ formaliny) 1 miljard zabitych ciał bakteryjnych i 600 do 1200 dawek skórnych *). Szczepionkę wstrzykiwano co 8—10 dni, w następujących dawkach: do roku 0.1—0,2—0,4; od 1 do 3 lat: 0,1—0,3—0,6; od 3 do 5 lat: 0,2—0,4—0,8; od 5 do 10 lat: 0,3—0,6—1,0. Powyżej 10 lat: 0,4—0,8—1,2. Drugą szczepionkę, właściwie toksynę oczyszczoną przygotowano na bulionie z 2% cukrem i dodatkiem 1% ludzkiej defibrowanej krwi bez surowicy. Po 7 dniach rośnięcia w cieplarce w ciepłocie 37°, dodawano 0.5% karbolu i pozostawiono w ten sposób na przeciąg jednego dnia dla zabicia paciorkowców.

Wreszcie przepuszczano przez papierowy filtr i strącano metodą Huntoona (20% NaCl i 1% kw. oct.). Otrzymana toksyna zawierała w 1 cm³ 2—4 tys. dawek skórnych. Dla skondensowania dawano jeszcze szczepionkę do vacuum. Dzieciom poniżej 5-ciu lat wstrzykiwano trzykrotnie 250—500 do 1000 dawek skórnych, powyżej 5-ciu lat wstrzykiwano trzykrotnie 250—500 do 1000 dawek skórnych, powyżej 5-ciu lat 500—1000—2000. Następnie zaczęto stosować wyższe dawki: dzieciom poniżej 5 lat zaczynano od 300—400 dawek. W zależności od stopnia reakcji Dicka każda następna dawka była trzykrotnie wyższa: dzieciom powyżej lat 5 wstrzykiwano 500 dawek, powtórnie 1500 i po raz trzeci 4000 do 6000. W razie silnego odczynu następna dawka była tylko podwójna, lecz dodawano 4-tą injekcję.

Trzecią kombinowaną szczepionkę przygotowywano, opierając się na pracy Kiliana z Klinische Wochenschrift 4 Jahrgang Nr. 45, str. 2166. Szczepionka zawierała w 1 cm³ 1 miljard zabitych krótkotrwałem wrzeniem ciał bakteryjnych i 200 dawek skórnych oczyszczonej toksyny. W ten sposób autorzy przygotowywali szczepionkę, która zdaniem ich wywołuje odporność anty-toksyczną i bakterjobójczą. Wstrzykiwano tę szczepionkę trzykrotnie z przerwami od 7—10 dni w dawkach przyjętych dla szczepionki formalinowej. Dla dzieci powyżej lat 5 ustalono dawki 0,3—0,6—1,2 cm³. Obecnie autorzy próbują dawkować w ten sposób, aby pierwsza dawka była zawsze jednakowa, następne trzy razy większe.

Tutaj należy zauważyć, że w 1 cm³ szczepionki wyrabianej w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie (zwanej obecnie szczepionką Gabryczewskiego) mamy do 100 miljonów zabitych formaliną ciał bakteryjnych, zresztą sama toksyna odpowiada toksynie przygotowanej według metody Dicków. (Szczegóły o tem patrz: Dr. Celarek i Dr. Sparrow „Badania nad płonicą w związku z akcją szczepienną według metody Dicków“).

Formalinową szczepionkę zastosowano w Moskwie w 16.487 przypadkach, z czego u 1786 osób jednokrotnie, 2456 dwukrotnie, a 12, 251 trzykrotnie. W powiatach gubernji moskiewskiej poddano szczepieniu 4.383 dzieci, z czego jednorazowo: 1.224, dwurazowo 1.080, a trzyrazowo 2.079 osób. Razem zaszczepiono 20.870 osób. Dzieci szczepione pozostawały pod obserwacją 6—7 miesięcy.

W toku pracy przeszli autorzy do metody szczepienia złożoną szczepionką otrzymaną przez krótkotrwałe 15 minutowe nagrzewanie do 100° C i do metody szczepienia toksyną oczyszczoną. Czas obserwacji dzieci był od 3—5 mies.

Z dzieci jeden raz szczepionych szczepionką formalinową zachorowało 14‰, dwurazowo szczepionych 5‰, trzyrazowo 5.9‰. Zapadalność na płonicę była więc u jednorazowo szczepionych zbliżona do zapadalności u nieszczepionych (16.5‰). Zmarło ze szczepionych tylko jedno dziecko, u którego stwierdzono w anamnezie lues, a na sekcji status thymico-lymphaticus. Trzy przypadki zgonu które nastąpiły z powodu powikłań odrą, błonicą w dwu przypadkach, kokluszem i zapaleniem płuc w jednym przypadku, nie zostały włączone do statystyki. Dodać należy, że we wszystkich 3 przypadkach wykluczonych, powikłanie nastąpiło nie wcześniej, niż po upływie 10—15 dni po spadku ciepłoty płoniczej. Wśród dzieci, które zachorowały na płonicę, pomimo dwu lub trzykrotnych szczepień, przeważały dzieci, które otrzymały małe dawki szczepionki formalinowej. Tak z 10.565 szczepionych małemi dawkami zachorowało 85, a na 4.000 z górą, szczepionych dużemi dawkami, ani jedno. Na 3320 dzieci do 5-ciu lat dwu i trzykrotnie szczepionych zachorowało 15‰. a na 7.243 powyżej 5-ciu lat — 4‰.

Najsilniejszy odczyn poszczepienny dawała szczepionka złożona. Odczyn był znacznie słabszy. przy szczepieniu toksyną lub szczepionką formalinową. Szczepienia nie wywierały większego wpływu na występowanie powikłań. Choć zapalenie nerek u szczepionych spotykało się często, bo w 12.5%, podczas gdy u nieszczepionych 7.5% (statystyka szpitalna), przebieg choroby był znacznie lżejszy u szczepionych, wśród których często spotykane były formy poronne, ze słabą wysypką i bez łuszczenia się.

Jeżeli zwrócimy uwagę na okres, który upłynął pomiędzy szczepieniem a zachorowaniem (od 2 tygodni do 6 miesięcy) zauważymy, że dopiero od 3 miesięcy liczba zachorowań wyraźnie spada. Ale tu powstaje pytanie, czy to nie jest w związku z wygasaniem epidemji.

U dzieci szczepionych formalinową szczepionką nie zrobiono próbnej reakcji Dicka. Dokonano jednak próby skórnej Dicka końcowej po upływie 2—4 miesięcy. Otrzymano wtedy u 4.663 dzieci uodpornionych 23,6% dodatnich odczynów, podczas gdy u 1.701 nie szczepionych 38,3% dodatnich Dicków; stąd wynika, że liczba odczynów dodatnich pod wpływem szczepienia zmniejszyła się 1.6 razy.

Odsetek odczynów dodatnich zmniejsza się z wiekiem i w zakładach zamkniętych jest niższy niż w otwartych. Wskazuje to na znaczenie czynnika społecznego. Celarek i Sparrow wyjaśniają to zjawisko w ten sposób, że dzieci uboższe wcześniej stykają się z zarazkiem płonicy i następuje selekcja — eliminowanie młodych najwrażliwszych jednostek. Ponieważ normalna odporność jest dziedziczną, w ten sposób z biegiem czasu powstają pokolenia o większej odporności naturalnej.

Najlepszą okazała się szczepionka złożona, dająca rosyjskim autorom 2,1 razy lepsze wyniki. Liczba szczepień toksyną była zbyt małą, by na tej podstawie można było wyprowadzić decydujące wnioski. Zostało tylko stwierdzone, że dla zniknięcia dodatniego odczynu Dicka potrzebna jest określona dawka toksyny. Dawka poniżej 3500 jednostek skórnych nie wywierała większego wpływu na odczyn Dicka. Jeśli zaś dawka sięgała od 3.500—7.000 jednostek skórnych, to dodatni odczyn Dicka albo zupełnie znikał lub stawał się rzekomym. Odczytywanie odczynu Dicka zdaniem rosyjskich autorów nie sprawia żadnych trudności, podczas gdy nasze doświadczenie wykazuje, że trudności te niekiedy są rzeczywiste.

---

*) Dla wyjaśnienia przypominam, że dawką skórną (DS) nazywamy to największe rozcieńczenie toksyny płoniczej, które wywołuje dodatni odczyn Dicka w postaci zaczerwienienia skóry o średnicy 1½ cm.

Odczynów Dicka wykonali autorzy w Moskwie od lutego do maja 1926 roku 2096; z tego dodatnich było 955 (45%). Co do wartości odczynu Dicka dla rozpoznania autorzy nie wypowiadają się stanowczo. Z prac amerykańskich pisarzy przedewszystkiem Dicków, Zinghera, jak i naszych badaczy Celarka i Saskiego, Celarka i Sparrow, Brokmana, Hirszfeldowej i Przesmyskiego i innych wypływa, że wrażliwość waha się w granicach mniej więcej 58 do 29%. Tłumaczy się to tak stanowiskiem społecznem badanych, jak i siłą toksyny użytej do odczynu. W pracy rosyjskich autorów nie znajdujemy liczb na pytanie, czy dużo dzieci z ujemnym odczynem Dicków przebyło dawniej płonicę. Jest to jednak ważne, gdyż zdaniem Zinghera u ozdrowieńców po płonicy spotyka się 91.3% ujemnych odczynów Dicka. Celarek i Sparrow uważają za pewnik, że ujemny odczyn Dicka jest bezwzględnym wyrazem odporności na płonicę, ale odwrotnie dodatni jest tylko wyrazem braku antytoksyn w ustroju. Osoby z ujemnym odczynem mogą mieć odporność miejscową lub komórkową.

Autorzy rosyjscy rozdzielając na grupy swój materjał, nie uwzględnili rasy, a także płci, tymczasem z prac wielu autorów (Dr. Kacprzak i Adamowiczowa „Płonica w Warszawie 1920—1924) wynika, że różnice te są czasem bardzo znaczne.

W przypadkach, w których po upływie 3—4 miesięcy po zwykłem trzykrotnem uodpornieniu odczyn był dodatni, zastosowano powtórne szczepienie. Szczepienia były dokonane szczepionką formalinową lub złożoną. Okazało się przytem, że szczepienia toksyną dają lepsze wyniki, niż szczepionką formalinową.

Ze zjawisk ubocznych poszczepiennych autorzy wymieniają wysypkę podobną do płoniczej, występującej częściej wśród dzieci szczepionych toksyną.

Wyniki swej pracy autorzy reasumują w następujący sposób:

1) Szczepienie ciałami hemolitycznych paciorkowców i ich toksynami zmienia w znacznym odsetku dodatni odczyn Dicka na ujemny i wywołuje odporność, wyrażającą się w zmniejszeniu zachorowań, obniżeniu śmiertelności i w łagodniejszym przebiegu choroby.

2) W 1 cm^3 szczepionki, zawierającej 1 miljard zabitych bakteryj powinno się wprowadzać tyle toksyny, aby dawka w 3-ch szczepieniach wyrosła w 4—7 tysięcy dawek skórnych. Dodatnie wyniki są całkowicie zależne od dostatecznej ilości wprowadzonych toksyn.

3) Na uwagę zasługują przedewszystkiem szczepionka złożona, zawierająca w 1 cm^3 1 miljard bakteryj zabitych krótkotrwałem gotowaniem, lub formaliną i 2.000 dawek skórnych toksyny oczyszczonej od białka.

4) Jak długo trwa odporność po szczepieniu — nie wiadomo.

W uwadze autorzy dodają, że wobec tego, iż przy pierwszem wstrzyknięciu nie można wprowadzać więcej niż 500 dawek skórnych, a że konieczne jest wprowadzenie możliwie większej ilości szczepionki, stosują obecnie oni czterokrotne szczepienia: 3 szczepionką złożoną, czwarte — czystą toksyną.

Z całej poważnej i sumiennej pracy, choć krótko i zwięźle napisanej, widzimy, że polega ona na oświetleniu zebranego materjału pod rozmaitym kątem, na obserwacji i na żmudnych obliczeniach. Podnieść należy używanie własnej kombinacji szczepionek. Liczby szczepień złożoną szczepionką (694) i oczyszczoną toksyną (405) są tak małe, że nie mogą służyć za podstawę do wyprowadzania daleko idących wniosków. Pomimo pozornie dużą cyfrę szczepionych dzieci w Moskwie, bo 16.487 — musimy zwrócić uwagę, że jest to mały procent wobec tego, że dnia 1. I. 1926 liczba dzieci w Moskwie, w wieku do 15-u lat wynosiła około 400.000.

Jaskrawo również rzuca się w oczy odmienny sposób postępowania autorów, którzy prawie zupełnie nie robili wstępnego odczynu Dicka, chociaż jest on dobrym sprawdzianem wrażliwości dziecka na zakażenie, nieznanym dotychczas, lub powiedzmy nie uznanym jeszcze przez wszystkich zarazkiem płonicy *streptocuccus hemoliticus*. Wynik ujemny reakcji Dicka uczyniłby zbędnem szczepienie uodporniające wielu dzieci.

W końcowem zestawieniu literatury nie widać wielu prac bardzo poważnych autorów zagranicznych i naszych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Rok II, zesz. 6. z 1 czerwca 1927: S. Klaczko: O zakresie statystyki Kas chorych. — J. Weinbaum: O sanacji moralnej lekarzy Kas chorych. — F. Pajerski: Ubezpieczenie górników w Polsce. — S. Brzozowski: Władze Kasy chorych. — Dr. W. S. Panu Z. M. na „Władze Kasy chorych". — T. Kaszubski: Sprawy lekarskie i lecznicze w projekcie ubezpieczeń społecznych M. P. i O. S.

Nowiny lekarskie, Rok XXXIX, zeszyt 10, z 15 maja 1927: T. Żuralski: Wczesne rozpoznanie kiły wrodzonej na podstawie trzeciego odczynu Meinickego. — E. Wajs: O stosowaniu peptonu w krwotokach płucnych. — P. Smolaga: W sprawie leczenia rzucawki porodowej (dok.). — M. Grycewicz: Wartość kliniczna badania napięcia powierzchniowego płynów ustroju ludzkiego (dok.). — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (c. d.). — A. Wrzosek: Nowiny lekarskie w przeszłości i ich tradycja.

Zdrowie, Rok XLII, Nr. 6, za czerwiec 1927: J. Polak: Od redakcji. — J. Polak: O środkach poprawy stanu sanitarno-kulturalnego samorządów. — St. Kopczyński: Kolonje letnie dla młodzieży szkolnej. — Dział sprawozdawczy. — Przegląd bibljograficzny.

Przyroda i technika, Rok VI, zeszyt 5 za maj 1927: St. Legeżyński: O serologji konstytucyjnej. — M. Koczwara: O biologicznem oczyszczaniu wód. Cz. II. — Inż. J. Teisseyr: Rzut oka na lotnictwo i możliwości jego rozwoju.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 21—22, z 29 maja 1927: IV. Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie. — Prace naukowe IV. Kongresu międzynarodowego medycyny i farmacji wojskowej. — W. Popławski: Farmaceuta, jako chemik sanitarny w służbie wojskowej. — Dwudziestoletnia działalność koła aptekarzy Zagłębia Dąbrowskiego i m. Częstochowy. — Stan aptekarstwa w Polsce. — J. Poratyński: Przyczynek do dziejów aptekarstwa w zaborze austrjackim. — L. Kostrzeński: Z dziejów aptekarstwa polskiego w b. dzielnicy pruskiej. — J. Muszyński: Wileńskie zioła ludowe. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, Rok VIII, Z. 6, za czerwiec 1927: R. Poplewski: Celowość budowy i rozmieszczenia stawów. — M. Germanówna: Ćwiczenia cielesne w przedszkolu. — S. Szuman: Pogląd cyfrowy na wychowanie fizyczne w okręgu szkolnym Poznańskim. — W. Sikorski: Możliwości zastosowania metody Nielsa Bukha w szkole i armji polskiej.

Nowiny psychjatryczne, Rok IV, kwart. I—II, z r. 1927: Ś. p. Dr. Roman Zagórski. — R. Radziwiłłowicz: Drogi i bezdroża psychiatrji współczesnej. — E. Minkowski: Zaburzenia dynamizmu psychicznego i ich interpretacja psychologiczna. — Al. Piotrowski: Zasady organizacji spraw psychiatrycznych. — J. Bonasera: Konstytucja u frenasteników. — K. Sągin i St. Oberc: Odruch z kostki zewnętrznej, a objaw Piotrowskiego. — V. M. Buscaino: Z prac najnowszych o etjologji i patogenezie otępienia wczesnego. — VII. Zjazd psychiatrów polskich w Kochorowie.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften, Monachium (J. F. Lehmann) 1927. Zesz. 5.

1) Prof. Anton: Filtr mózgowy i ucisk mózgu. — 2) Prof. Steiner: Czego uczy nas encephalitis lethargica? — 3) Prof. Kretschmer: Obecny stan psychiatryczny badań nad konstytucjami. — 4) Wollny: Przegląd piśmiennictwa neurologiczno-psychjatrycznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časop. lék. česk.

R. LXVI. 1. 20/1927.

Referat habilitacyjny.

Dr. Kamil Henner (I. klin. wewn. w Pradze): ***Indywidualizm górnej i dolnej kończyny w patologji ludzkiego mózgu.*** Są chorobowe obrazy mózgowe, przy których mamy izolowane zajęcie kończyn górnych lub dolnych (częściej). Przyczyna i geneza tego może być wieloraką. Obserwując hemiplegję mózgową pochodzenia naczyniowego, możemy stwierdzić że po szczęśliwem przeżyciu insultu polepszenie się kończyny dolnej odbywa się rychlej, a ***restitutio*** jest też zupełniejsze, niż na kończynie górnej, mimo iż anatomiczna przyczyna obejmuje zarówno kończynę

dolną i górną. Hemiplegia jest syndromem, na wskróś pyramidowym. A system piramidalny, jako droga mózgowa filogenetycznie najmłodsza i u człowieka najlepiej rozwinięta, sprawia, że ruchy kończyn dolnych są bardziej automatyczne i o wiele mniej asymetryczne niż ruchy kończyn górnych. I dlatego też zaburzenia piramidowe są dla kończyny górnej fatalniejsze, niż dla dolnej. Można się o tem przekonać badaniem funkcjonalnem hemiplegika. Podobnie przy dokładnej obserwacji *paraplegia lacunaris senilis Lhermitte* można zaznaczyć większe zajęcie kończyn dolnych, niż górnych i to podczas chodu, więcej niż w czasie stania. Ponieważ przy tej chorobie jest prawie wyłącznie zajęty, system ekstrapiramidowy, a i tu jest różnica w zajęciu kończyn dolnych i górnych, zwraca autor na to uwagę. Autor wylicza jeszcze cały szereg innych przykładów, przy których można zaobserwować indywidualne zachowanie się kończyn. *(Parkinsonismus, degeneratio hepatolenticularis, syndrom Little'a, atrophia cerebelli lamellaria Murri, atrophia olivo-ponto-cerebellaris, dyssynergia celebellaris progressiva* Hunt i t. d.). Autor wyjaśnia ten indywidualizm następująco: wraz z rozwojem ruchomości świadomej widzimy w szeregu istot żywych stale większy rozwój dróg. piramidowych oraz częściej pojawianie się ruchów asymetrycznych, jednostronnych; u człowieka wszystko to dochodzi do punktu kulminacyjnego. Tak jak specyficznym dla człowieka jest intellekt, mowa, nierównoznaczność obu półkul mózgowych w wieku dojrzałym, tak też charakterystyczną jest dla człowieka postawa stojąca. Dolne kończyny zachowały automatyczną funkcję statyczną i lokomocyjną. Górne zaś wyprzedziły całe ciało w swoich zdolnościach funkcjonalnych świadomych, intendowanych i niesymetrycznych. Przestały być organem lokomocji a stały się delikatnym organem chwytnym, służącym funkcjom fizycznym i intelektualnym. Mówiąc o górnych i dolnych kończynach, można bez przesady powiedzieć, że są to dwa różne organy. Stąd też jasnem powinno być, że i w stanach patologicznych zajęcie ich bywa nierównomierne.

R. LXVI. l. 18, 19, 20/1927.

Dr. Alois Sebek (prymarjusz państw. szpitala w Lučeuci): *O przyczynach powstawania, patologji i symptomatologji t. zw. idiopatycznej cysty choledochi.*

Etjologja idiopatycznej cysty jest dotąd niejasna, mimo iż naogół tłumaczą ją przyczynami rozwojowemi (mechaniczna przeszkoda, zmiany ścian przewodu żółciowego). Wedle poglądów autora ma ta cysta takież pochodzenie co i *diverticulum choledochi*, ba nawet co i wszystkie inne *diverticula* wliczając nawet *morbus Hirschprung*. Autor sądzi, że prymitywny organ trawienny u zarodka jest wysłany śluzówką I stopnia, która w dalszym rozwoju różniczkuje się w rozmaite części fizjologicznie różne i wytwarza błonę śluzową II-go stopnia. Miejscowem bujaniem tej to błony śluzowej i fałdowaniem się ścian jelita powstają komórki III stopnia (prymitywny *choledochus i pankreas)* a z nich dalszym podziałem komórki IV. stopnia *(pankreas* i wątroba) jako twory gruczołowe. Odchylenia od tej normy i to w ten sposób, że i inne komórki zatrzymują zdolność do wyższej dyfferencjacji i wytwarzają przez kanalizowanie ścienne uchyłki lub przez zajęcie całego gruczołu cysty (bujanie w płaszczyźnie) są przyczyną powstawania cysty idiopatycznej przewodu żółciowego. Podług tego jakie są rozmiary tego płaszczyznowego bujania — w szerz czy wzdłuż, cysta objawi się klinicznie w okresie płodowym lub wnet po narodzeniu lub też po długim okresie utajenia w wieku dojrzałym. Od rozmiarów tego płaszczyznowego bujania zależy też *„trias"* klinicznych objawów: guz, bóle i żółtaczka, które niezawsze są należycie oznaczone. Wtedy jest rozpoznanie bardzo trudne. W przebiegu tej choroby uznaje autor 3 okresy: 1) okres utajenia t. j. bez objawów 2) okres perjodycznych ataków 3) stadjum krytyczne, które zawsze kończy się śmiercią, o ile nie wykona się na czas zabiegu operacyjnego. Ten przebieg kliniczny odpowiada w zupełności patologicznym. Cystyczne rozszerzanie się organu nie wywołuje dolegliwości, dopóki odpływ żółci nie napotyka na przeszkody. Później jednak z powodu ciążenia żółci wytwarza się na dolnym biegunie cysty pewnego rodzaju zastawka, która w końcu uciskając na tylną ścianę cysty staje się powodem złego odpływu ba i zastoju żółci. Przy dalszem powiekszaniu się cysty „zastawka" popuszcza i odpływ żółci odbywa się znów bez przeszkody. Proces ten powtarza się kilkakrotnie, aż wreszcie zastój żółci dostaje charakter stały. Trias klinicznych objawów jest charakterystyczna dla ostatniego okresu choroby. Wszystkie dotychczas opisywane anomalje na dwunastnicowym końcu choledochi są tylko wtórnym objawem kongenitalnie założonej cysty.

R. LXVI. l. 19/1927.

Dr. N. F. Muzyczuk (klin. chir. Petrivalskiego w Bernie): *Osteoidfibromatosis traumatica).* Autor, opisując dokładnie pod względem klinicznym, roentgenowym i histologicznym przypadek *osteoidfibromatosis* u konduktora kolejowego, dochodzi do wniosku, że często powtarzające się ciśnienie połączone z silnem i dłużej trwającem trzesięniem spowodował powstanie nowotworów na obu przedramionach i w okolicy glutaealnej. Nowotwory te składały się ze zbitej tkanki łącznej, między którą miejscami były ogniska młodsze z większą ilością komórek, miejscami zaś ogniska starsze czyniące wrażenie tkanki osteoidalnej. Ponieważ guzki te pozostawały w związku z okostną — sądzi autor, że od niej pochodzą. Gdyby były dalej istniały, mogłaby z nich drogą metaplasii rozwinąć się prawdziwa tkanka kostna lub też uledz zwyrodnieniu mięsakowemu, jakto już opisali Herxheimer, Borst, Hlawa, Aschoff i inni. Przypadek opisany pozwala autorowi wygłosić sąd, że nietylko złośliwe guzy mogą powstać po urazie, ale że i dobrotliwe mogą pochodzić z drażnienia słabszej natury zwłaszcza okostnej nie krytej mięśniami. Traumatyczne pochodzenie nowotworów wymaga jeszcze jakiejś dyspozycji organizmu lub mniejszej wartości niektórych tkanek jego, która może być wrodzona lub nabyta przez różne choroby, a nawet systemu nerwowego.

Dr. Gangel (Lwów).

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 3. 1927. Zagreb.

Dr. F. Przesmycki: *Badania nad biochemią antigenów.* I. Antigen residualny rozmaitych odmian meningokokków. Antigenem residualnym nazywamy polysakcharydy, pochodzące z ciał bakteryjnych i niemające zupełnie cech białkowych. Autor otrzymał taką substancję z meningokokków. Dla każdego typu meningokokków, można było wykazać odczyn swoisty z surowicą homologiczną przy pomocy wiązania dopełniacza i kłaczkowania. Z surowicami heterologicznemi odczyny bywały bardzo słabe lub też ujemne. Stąd, że residualny antigen, jest swoistym dla każdego rodzaju meningokokków.

II. Analiza składników antigenów pochodzących z prątków X19H i X190.

III. Badania składu antigenów pochodzących z prątków durowych, paratyphusowych i czerwonkowych.

Lipoidy powyższych drobnoustrojów nie są zróżnicowane, a mają cechy haptenów.

Dr. J. B. Benčan: *Insufflatio tubarum Fallopii.* Przedmuchiwanie trąbek jest wyborną metodą rozpoznawczą, a niekiedy i leczniczą w przypadkach bezpłodności pochodzenia trąbkowego. Przy pewnej ostrożności zabieg jest nieszkodliwym. Przeciwwskazanie stanowią sprawy krwotoczne i zapalne macicy i przydatków.

Dr. I. Beuc: *Leczenie operacyjne zwężeń cewki na oddz. urologicznym B. M. S. w Zagrzebiu.* Autor oświadcza się za operacją radykalną, t. j. resekcją i plastyką cewki.

Dr. St. Župić: *Idealistyczne poglądy prof. Muchy w dziedzinach granicznych nowoczesnej biologji.* Sprawozdanie z książki Much'a p. t. „Werk und Wirkung".

Dr. I. Glavan: *Somnifen w praktyce neurologicznej i psychiatrycznej.*

Dr. R. Milanović: *Pantopon.*

Sprawozdania z piśmiennictwa. Bibliografja słowiańska. Sprawy zawodowe, wiadomości bieżące.

Nr 4. 1927. Zagreb.

Prym. Dr. I. Herzog: *O afektach patologicznych.*

Prof. Dr. B. Špišić: *Leczenie gruźlicy chirurgicznej.* Sprawozdanie z metod używanych w szpitalu ortopedycznym w Zagrzebiu i zakładzie dla gruźlicy chirurgicznej w Kraljevicy.

Dr. I. Robida: *Orzeczenie sądowe w sprawie Kaspra Mislej'a. (Psychopathia paranoides).*

Dr. L. Stein: *O wakcynoterapji przy stafilomykosach.*

Autor jest zwolennikiem stosowania szczepionek, szczególnie własnych, w przypadkach furunculosis, pyodermia, sycosis vulgaris.

Sprawozdania z piśmiennictwa. Bibliografja słowiańska. Sprawy zawodowe, medycyna społeczna, posiedzenia i zjazdy, wiadomości bieżące.

Dodatek: Biblioteka lekarska, tomik 2.: „Kiła i jej leczenie" Dr. J. Božić.

Medicinski Pregled.

R. I. Nr. 12. kwiecień 1927.

Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia.

A. Holste: *Organoterapja.*

B. D. Milojević: *Genetyka i medycyna. II. Znaczenie genetyki dla eugeniki, czyli higieny rasy.*

A. Šercer: *Kiedy i jak operujemy guzy przysadki mózgowej.*

L. S. Vulović: *Próby rozpoznawania i leczenia surowiczych zapaleń opon mózgowych solami wapniowemi.* Autor leczył dużemi dawkami soli wapniowych 32 przypadków *meningitis tbc.*, 6. *meningitis purulenta*, i 12 *men. serosa.* Dobre wyniki otrzymał tylko przy *men. serosa.* Objawy mózgowe, gorączka ustępowały, diureza wzmagała się. Z tego względu można użyć soli wapniowych także dla rozpoznania różniczkowego.

Gj. Vranesić: *Zastosowanie encefalografiji w psychiatrji.*

K. Sachović: *O potrzebie zorganizowania u nas walki z rakiem.*

J. Cholewa: *O walce przeciw rakowi.*

Sprawozdania z piśmiennictwa, wiadomości bieżące.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo włoskie.

Pathologica.

Nr. 425.

E. Puccinelli (Piza): *Analiza histochemiczna zmian naciekowych w istocie nerwowej.*

B. Simonetta (Piza): *O krwi wielbłądowatych.*

G. Andrei (Torino): *O wartości niektórych metod do zróżnicowania b. melitensis od b. abortus.*

Nr. 426.

A. Fabris: *O eksperymentalnem „mastocitoma" skóry.* Myszy białe poddawał działaniu sproszkowanych substancyj, pochodzących ze smoły. W czasie doświadczeń zwierzęta pozostawały w zamknięciu i ścisłej obserwacji już po kilku tygodniach znaczne wyłysienie zwierząt, a później zmiany na skórze podobne do zmian rakowych. Utkanie tych nowotworów było złożone z komórek przypominających k. tuczne.

S. Trentini (Piza): *O zmianach w komórkach wątrobowych pod wpływem salicylanu sodowego, adrenaliny i wyciągów z przysadki.* Salicylan sodowy posiada zdolność pobudzania wydzielniczych funkcyj wątroby lecz tylko w mierze ograniczonej. Natomiast adrenalina w mniejszym stopniu zaś hipofizyna działają raczej hamująco.

M. Agrifoglio (Genewa): *Przypadek haemoangioendothelioma okolonaczyniowego sutka.*

M. Giorgio (Palermo): *O wpływie wydzieliny gruczołów wkrewnych i śledziony na szybkość opadania krwinek.* Wycięcie śledziony, gruczołu tarczykowego, i jednostronne usunięcie nadnercza, zmniejszają u psów szybkość opadania krwinek. Różnica w czasie opadania krwinek odbiega tym sposobem od normy różniąc się około o 50 minut od czasu spotykanego u zwierząt normalnych. Świadczy to o wpływie tych narządów na równowagę morfologiczną i humuralną krwi. Co się tyczy wycięcia jajników lub jąder to wpływu tego na szybkość opadania krwinek nie dało się zauważyć.

Z. Tomanek (Lwów).

Piśmiennictwo angielskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLIV/1 1926.

H. Ballon: *Wartość lipjodolu w rozpoznawaniu i leczeniu ropni płucnych.* Z 94 przytoczonych przypadków ropni płucnych 25% tyczy osób, które przeszły zabieg w jamie ustnej i gardzieli.

Roentgenogramy były bardzo rozmaite. Nie zawsze była widoczna jama z ruchomą powierzchnią płynu, to też stosunkowo często rozpoznanie było niepewne.

Dopiero od kiedy autor używa do diagnostyki płucnej lipjodolu, otrzymuje znacznie pewniejsze roentgenogramy i ma mniej pomyłek.

Może się zdarzyć, że połączenie ropnia z oskrzelem jest bardzo wąskie, i wówczas obraz roent. jest ujemny, ale to się zdarza rzadko.

Prócz wielkiej wartości rozpoznawczej ma lipjodol nie mniejsze znaczenie lecznicze.

Autor podaje lipjodol przy pomocy bronchoskopu.

J. Lawson: *Używanie lipjodolu w ropotoku opłucn. i przetokach.* Znaczenie lipjodolu jako środka rozpoznawczego jest bardzo duże, ponieważ można nim określić dokładnie położenie, rozległość i granicy jam ropnych w płucach.

Często przy naciętym i sączkowanym ropniu utrzymuje się podwyższona ciepłota dreszcze i inne objawy, mimo, że w obrazie roent. nie widzi się żadnych danych, któreby stan ten tłumaczyły. Dopiero prześwietlenie przy pomocy lipjodolu wykazuje jakiś uchyłek, łączący się bardzo wąskim kanałem z właściwą jamą ropną, wypełniony nagromadzoną ropą.

Lipjodol nadaje się również do uwidoczniania przetok gruźliczych, pooperacyjnych itd.

Pasta Becka zawiesina baru, bizmutu, roztworu jodu, bromu itd. nie daje mimo pewnych zalet tak dobrych obrazów roent. jak lipjodol.

M. Kaufmann: *Badania doświadczalne nad teorja powstawania zapalenia trzustki drogą chłonną.* Według dokładnych doświadczeń autora wymieniona w tytule teorja jest nie do przyjęcia.

H. Clute i L. Smith: *Ostre zapalenie tarczycy.* Zapalenie gruczołu tarczykowego jest sprawą bardzo rzadką. Hagenbuch znalazł zaledwie 43 przypadki zapalenia tarczycy na 45.953 chorych.

Autorowie mieli sposobność na 3.000 zabiegów na tarczycy wykonać nacięcia w trzech przypadkach ostrego ropnego zapalenia tarczycy.

Przebieg takiego zapalenia jest zwykle łagodny. W przeciągu 6—10 dni sprawa ustępuje. Wytworzenie się ropnia jest bardzo rzadkie, przyczem nie przecięty może przebić na zewnątrz do tchawicy, przełyku lub do śródpiersia, kończąc się śmiertelnie.

Jako jeszcze rzadsze powikłania ostrego zapalenia tarczycy należy wymienić obrzęk głośni, zapalenie płuc, zapalenie chrząstek krtaniowych itd.

Ostry ropień tarczycy może przypominać krwiaka, sprawę nowotworową i sprawy zapalne toczące się w chrząstkach krtani lub tchawicy.

E. Andrews i O. Kampmeier: *Obrzmienia sutka męskiego.* Przytoczono 20 przypadków różnych spraw chorobowych sutka męskiego z dokładnem omówieniem patologji, symptomatologji i diagnostyki.

G. Brodhead i E. Langrock: *Placenta praevia.* (Na podstawie obserwacji 165 przypadków).

H. Tolson: *Zwężenie moczowodów u kobiet i mężczyzn.*

H. Meyer: *Cryptorchismus.* Zabiegi przy wnętrostwie są bardzo liczne, wyniki zaś po nich nie zawsze dobre. By wynik mógł być pomyślny należy uwzględnić następujące czynniki:

1) przy zabiegu należy zachować t. i ż. nasienną, by uniknąć następowego zaniku jądra,

2) jądro powinno się przy zabiegu sprowadzić do samego worka mosznowego, a nie na wysokość jego podstawy, tuż poniżej zewn. pierścienia pachwinowego lub na wysokość kości łonowej,

3) zanikły, wąski i szczątkowy worek mosznowy przy wnętrostwie można zmienić w prawidłowy przez sprowadzenie jądra do dna moszny, przyczem moszna powinna być tak rozciągnięta by się nie kurczyła a tem samem nie unosiła jądra ku górze. Jądro zaś winno zwisać swobodnie, bo wówczas wolne jest od urazów i ucisku o kość łonową. Czyli, że jądro musi być przymocowane do nowego łożyska.

4) równoczesna przepuklina musi być usunięta,

5) leczenie winno być czysto chirurgiczne. Według autora najlepszym sposobem jest sp. Toreka. Autor stosował ten zabieg w 64 przypadkach i jak twierdzi niema jednego przypadku z którego wyniku byłby tak on jak i chory nie zadowolony.

Zabieg ten polega na przymocowaniu jądra i moszny do uda na przeciąg kilku miesięcy. Po wykonaniu pionowego cięcia na przedniej powierzchni moszny i przyśrodkowej powierzchni uda i zszyciu środkowych brzegów rany ze sobą, przymocowuje się zwolnione jądro do powięzi uda. Jądro umieszczone w uchyłku powstałym przez zszycie wspomnianych brzegów skóry moszny i uda ze sobą, zostaje przykryte przez założenie szwu na zewnętrzne brzegi rany skórnej uda i moszny. Tak więc moszna wraz z jądrem zostają przymocowane do uda. Stan ten trwa przez przeciąg 4—6 miesięcy, poczem gdy moszna jest już odpowiednio naciągnięta a jądro i sznurek nasienny przystosuje się do nowych warunków, następuje drugi akt tj. oddzielenie moszny od skóry a jądra od szerokiej powięzi uda. Zabieg się kończy zeszyciem skóry moszny nad jądrem, które pozostaje już w swem nowem łożysku na stałe, zwisając swobodnie.

Autor jest bardzo zadowolony z wyników po z. Toreka i poleca go innym. Obserwacje jego pochodzą od r. 1905 do zeszłego roku.

F. Carter: *Leczenie spraw chorobowych żołądka i dwunastnicy.*

Chirurgja kliniczna.

H. Devine: Usunięcie woreczka żółciowego.

H. Schloffer: Technika wycięcia kiszki.

G. Wyeth: Sposoby elektrotermiczne w leczeniu nowotworów.

J. Deaver: Skręt esicy.

L. Darner: Zabieg przy przetoce odbytniczo-pochwowej powikłanej przez pęknięcie krocza trzeciego stopnia.

J. Mattison: Cardiolysis przy mediastinopericarditis.
Ch. Farr: Złamanie piszczeli i strzałki.
M. Miller: Szew powięziowy w zabiegach.
F. Fairchild: Rekonstrukcja tchawicy.

Janik (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe w dniu 5 listopada 1926 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki, obecnych 98 członków.

1. Kol. Naróg przedstawia *przypadek żelazicy zaćmy w świetle lampy szczelinowej.* U chorego 35 l. stwierdzono zwykłemi metodami badania zaćmę urazową brunatną. Jedynie na podstawie lampy szczelinowej wykryto bliznę z żółtą plamką na rogówce, na przedniej torebce soczewki żółte plamki górą-zewnątrz ze zgrubieniami przybłonka. Torebka miała odcień jedwabnisto-oliwkowy. Stwierdzono szczeliny wodne na powierzchni zaćmy, wakuole podtorebkowe i żółte plamki w postaci ziarniny między nimi. Zaćma miała zaznaczoną budowę sektoralną o odcieniu bronzowym. Przy wyjmowaniu zaćmy zauważono ciało żelazne, które w postaci klina zajmowało miejsce jednego sektora na tylnej powierzchni zaćmy. Reakcja Perlsa — dodatnia. Ciało obce ważyło 1'4 mg. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Żółte plamki na rogówce i soczewce pochodziły od tlenku żelaza połączonego z protoplazmą komórek. Pokazane dwa rysunki z obrazu w lampie szczelinowej i jeden z obcem ciałem przyczyniają się do wyświetlenia przypadku. Zestawiono obecny przypadek z podobnym przypadkiem opisanym przez prof. Bednarskiego. Na zakończenie podniesiono ważność i doniosłość badania lampą szczelinową.

2. Kol. Mossor Stanisław przedstawia u chorego *ułożenie odwrotne trzew zupełne.*

3. Kol. Tyszka wygłasza cz. II. *„Diureza i środki moczopędne. Działanie salyrganu i innych środków rtęciowych".*

W dyskusji kol. Sabatowski podnosi, że pierwsze spostrzeżenia nad moczopędnem działaniem wody poczynili hydroterapeuci. W połowie XIX w. używali oni pojenia zwykłą wodą źródlaną w przypadkach obrzęków pochodzenia nerkowego i sercowego i uzyskiwali często korzystne wyniki. Wodę podawali rano naczczo w ilości około litra. Badania krwi przy pojeniu wodą robili już C. H. Schultz (1838), Nasse (1850), a Böcker (1854) wykazał następowe zagęszczanie się krwi po chwilowem, lekkiem rozrzedzeniu (mierzone ilością erytrocytów). Przed Volhard'em stosowali tzw. próbę wodną Francuzi (Gilbert i Lereboullet, Linossier i Lemoine, Villaret i Lippmann) dla ocenienia sprawności wątroby i nerek. Oni też zauważyli spadek *hipertonji* przy piciu słabo mineralizowanych wód mineralnych i czynią z tego powszechny użytek w swych zdrojowiskach pod należytą kontrolą diurezy i narządu krążenia. Zagadnienie więc moczopędności wody jest o wiele starsze w historji badań lekarskich, niż to sądził Volhard, nie znający prac dawniejszych. Także *przepłukiwanie* (próżnego) *jelita grubego* działa moczopędnie i zdolne jest usuwać obrzęki, jak to wykazali starzy hydroterapeuci, a pod koniec XIX w. ponownie Brosch i Aufschnaitter.

Kol. Węgrzynowski omawia moczopędne działanie eteru. Mówca stosował w 4 przypadkach uremji injekcje podskórne eteru, przyczem w jednym przypadku wystąpiła gangrena miejscowa sucha. Działanie moczopędne eteru polega zapewne na rozszerzeniu naczyń nerkowych.

Kol. Moraczewski omawia rolę wątroby w gospodarce wodnej. W przypadkach gdzie wątroba jest schorzała, środki moczopędne mniej działają.

Kol. Marischler wspomina o jednym przypadku, w którym po punkcji sączył się przez otworek eksudat przez dni kilka. Zauważył wtedy jednoczesne znaczne wzmożenie się diurezy.

Kol. Fels omawia wielkie znaczenie pozycji leżącej na diurezę. Następnie omawiając poruszone przez prelegenta doświadczenia Moraczewskiego o wpływie hamującym węglowodanów i tłuszczów na diurezę sądzi, że przeciwnie węglowodany wzmagają diurezę. Również wszelkie potrawy jarskie, owoce wzmagają diurezę.

Kol. Pisek podaje, że w wyjątkowych przypadkach puchliny częściej pochodzenia sercowego, po bezskutecznem stosowaniu szeregu moczopędnych środków czyni na 1—2 dni przerwę, poczem podaje omawiany przez prelegenta łagodny lek roślinny *folia Betulae albae* z dodatkiem cukru mlecznego. W ten sposób uzyskuje nieraz wynik wprost świetny. Przerwy w podawaniu środków moczopędnych niewątpliwie mogą mieć ważne znaczenie. Mówca podnosi leczenie podawaniem wyłącznie owoców np. jabłek z $1^{1}/_{2}$ kg. dobrze odcukrzonego kompotu na dobę lub też 1 kg. kartofli bez soli, przyczem ilość podanych płynów dochodzi do jednego litra. Następnie podnosi znaczenie upustów krwi. Następnie często dobre wyniki daje stosowanie omawianych przez prelegenta mikrolewatyw (10 kropel digipurati + 10 kropli Trae Strophanti ewentualnie z dodatkiem 0'10 Theocini na 5 ccm wody destylowanej) 1—2 razy dziennie. Mówca widział również często dobre wyniki po stosowaniu metody amerykańskiej Eggelstona i White'a (I. dnia na raz 0'50 i jeszcze trzy razy po 0'15 pulv. pi. digitalis titr., II-ego dnia: sześć razy po 0'15; III-ego dnia 4 razy po 0'15; IV-ego dnia 2 razy po 0'15; ewentualnie przy zwiększającej się diurezie wcześniejsze zaprzestanie podawania naparstnicy). Przy podawaniu podanych dawek niezbędna ścisła kontrola.

Mówca omawia następnie stosowanie ouabainy. O stosowaniu żółci autor ma mało własnego doświadczenia.

Według mówcy różnice w uzyskanych wynikach bądź entuzjastyczne bądź zupełnie pesymistyczne tłómaczyć należy tem, że stan chorych okazuje całą skalę o różnem nasileniu choroby. Nikt nie powinien oczekiwać skutku w przypadkach, gdy mięsień sercowy jest bliznowato zwyrodniały lub też gdy nerki są zniszczone. Stąd ocena wartości środka leczniczego musi być bardzo oględna i zawsze pamiętać musimy o słowach Hippokratesa: *„experientia fallati".*

Kol. Moraczewski wyjaśnia, że cukier zatrzymuje wodę w organiźmie; zatrzymanie to można obserwować już po spożyciu 200 gr. cukru. Co do moczopędnego działania owoców i wszelkich potraw jarskich, to czynnikiem działającym są tutaj nie węglowodany, a zawarte sole potasowe.

Kol. Sabatowski wyjaśnia w sprawie przeprowadzenia doświadczeń z eterem na zwierzętach, że u tych ostatnich zwłaszcza u psów jest bardzo trudno wywołać obrzęki.

Kol. Pisek podnosi, że francuscy autorzy eter uważają więcej jako środek przeciwuremiczny, a nie jako moczopędny.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1926.

Dokończenie.

Pragnąc ustalenia właściwego biegu spraw i unormowania stosunku między Izbami a Naczelną Izbą Lekarską z jednej strony, a z drugiej stosunku do Władz Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej domagał się aby wszelkie odwołania szły przez Zarządy odpowiednich Izb w toku instancji, to znów poczynił przedstawienie Generalnej Dyrekcji S. Z. aby wymagała tego samego porządku załatwienia spraw od petentów. W roku sprawozdawczym N. I. L. musiała rozstrzygać zasadnicze kwestje:

1) Sprawę obowiązku należenia do Kas Wzajemnych ubezpieczeń, kwestjonowanych przez niektórych lekarzy.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej wychodząc z założenia, że obowiązek należenia do instytucji, zabezpieczających lekarzy na wypadek śmierci jest zgodny z ustawą i wynika z prawomocnych uchwał Rad Izb, zażalenia uchylał.

2) Natomiast w drugiej sprawie zasadniczej: przynależności lekarzy do Izby czyli interpretacji pojęcia praktyki lekarskiej, zarówno poszczególne Izby jak i N. I. L. znalazły się w trudnem położeniu i dlatego sprawa ta została wniesiona na porządek dzienny obecnego posiedzenia dla ponownego jej rozpatrzenia. Przy tem należy dodać, że ta sprawa przynależności lekarzy do Izby była podnoszona nie tylko w stosunku do lekarzy wojskowych, ale i do lekarzy pracujących w laboratorjach.

Do Zarządu N. I. L. zwracały się poszczególne Izby i inne urzędy w sprawach interpretowania ustaw, wątpliwości prawnych i sprawach finansowych.

Tak na zapytanie Sądu Izby Lekarskiej w Łodzi z dnia 15. X. 1926 r. czy wyrok Sądu Izby Lekarskiej wydany w dniu 6. VI. b. r. uważać należy za uprawomocniony pomimo, iż zasądzony wniósł do sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej odwołanie, a odwołanie z powodu nieuiszczenia wpisowego nie zostało skierowane do Sądu N. I. L. odpowiedziano, że nieuiszczenie wpisowego do Sądu N. I. L. nie wpływa na uprawomocnienie wyroku w razie złożenia odwołania w terminie przewidzianym przez art. 38. ust. poz. 763/21.

Na prośbę Generalnej Dyrekcji S. Z. przesłano następującą opinję w sprawie rekursu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przeciw orzeczeniu Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę dotyczącej odmowy ściągania w trybie administracyjnym składek

na Kasę pogrzebową. N. I. L. w całości podtrzymała rekurs Izby W. B. na zasadzie następujących motywów: 1) Motyw. Wydziału Prezydjalnego Komisarjatu Rządu, że niema na terytorjum b. Królestwa Polskiego przepisów ogólnych o egzekucji przez władze administracyjne i powoływanie się na przepisy z roku 1811 upadają wobec istniejącej i obowiązującej od 1-go stycznia 1922 r. ustawy z dnia 2. XII. 21 r. 2) Brak przepisów ogólnych nie może być powodem do niewykonywania przepisów poszczególnych ustaw zupełnie wyraźnie określających prawo poszczególnych instytucyj. 3) Opłaty przymusowe (nie dobrowolne) na rzecz instytucji Izby Warszawsko-Białostockiej, ulegalizowane zgodnie z ustawą wyżej cytowaną są niewątpliwie opłatami Izbowemi o których mówi art. 44 wyżej wzmiankowanej ustawy.

Wileński Urząd Wojewódzki zwrócił się do Zarządu N. I. L. z prośbą o opinję czy lekarz może wykonywać dorywczo praktykę lekarską poza miejscem stałego swego pobytu w miejscowości (w Budsławiu), gdzie jest lekarz stale tam mieszkający, który się na to nie zgadza. Zarząd odpowiedział, że nie mając dokładnych danych co do liczby ludności miasta Budsławia oraz w jakim promieniu od miasta rozciąga się działalność zamieszkałego w nim lekarza, nie może decydować, czy dla tej ludności jest niezbędną pomoc choćby dorywczo drugiego lekarza. Z drugiej zaś strony, biorąc pod uwagę wyłącznie zabezpieczenie ludności stałą pomocą lekarską, N. I. L. nie uważałaby za pożądane ażeby drugi lekarz zamiejscowy swoją dorywczą działalnością o tyle podrywał egzystencję lekarza stałego, że spowodowałby jego usunięcie się i tym samym pozbawił ludność pomocy stałej tak niezbędnej szczególnie w wypadkach nagłych.

Z powodu trudności powstałych przy interpretowaniu artykułu 3-go regulamin Sądu N. I. L. zwrócono się do Radcy Prawnego i przesłano do wiadomości wszystkich Izb odpis jego opinji, mianowicie, że Sąd N. I. L. postępowałby nieprawidłowo powierzając Wydziałowi Sądu ubiegłej kadencji sądzenie spraw nadeszłych w roku 1925, lecz w których nie odbyła się w roku 1925 rozprawa główna, gdyż sprawy te powinni załatwiać sędziowie nowej kadencji.

Na podniesione przez Izbę Łódzką pytanie, czy lekarz jest obowiązany wydawać pokwitowanie, za otrzymane honorarja odpowiedziano na podstawie opinji Radcy prawnego, że wydawanie pokwitowań z odbioru wszelkiej zapłaty zależy od woli stron. Żadna władza w stosunkach prywatnych nie może inkryminować niepokwitowanie odbioru pieniędzy. Nakaz wystawiania przez lekarzy pokwitowań na każde honorarjum niebyłby przestrzegany, jako nie oparty na wymaganiach ustawy a sprzeczny z utartemi zwyczajami.

Na zapytanie Urzędu patentowego skierowane do Izby Łódzkiej w sprawie rozmaitych nazw jednych i tych samych preparatów farmaceutycznych odpowiedział Zarząd N. I. L. na podstawie opinji prof. Koskowskiego.

Na pismo „Zrzeszenia Lekarzy Kas chorych m. Waszawy", w którem wyrażone zostało przekonanie, że Nowiny Lekarskie nie powinny nosić nazwy pisma urzędowego N. I. L. a to z tego powodu, że umieściły na łamach swych artykuł bezimiennego autora, który czyni zarzut lekarzom Kas chorych, odpowiedziano, że Nowiny Lekarskie są organem, w którym N. I. L. tylko umieszcza swe komunikaty urzędowe. N. I. L. nie bierze i nie życzy sobie brać udziału w redagowaniu samego pisma; każda zaś osoba uważająca się za pokrzywdzoną może szukać satysfakcji na drodze sądowej.

Od Generalnej Dyrekcji otrzymano projekt rozporządzenia w sprawie ogłoszeń treści lekarskiej i kontroli nad nią z prośbą o uwagi. N. I. L. rozesłała ten projekt do opinji wszystkich Izb. Ponieważ Izba Warszawsko-Białostocka najwięcej poświęciła uwag tej sprawie i opracowała odpowiedni projekt, N. I. L. powiadomiona o tem przyłączyła się do opinji Izby Warszawsko-Białostockiej.

Zgodnie z życzeniem Izby Poznańsko-Pomorskiej zwrócono uwagę wszystkich Izb, że nadruki reklamowe na receptach są niedopuszczalne, natomiast dopuszczalną jest rzeczą by firmy na życzenie lekarzy rozsyłały bloczki reklamowe do których są przyłączone perferowane recepty, które po oderwaniu nie zawierają nic innego jak nazwisko i adres lekarza.

Z kazuistyki spraw zawodowych mamy do podkreślenia następujące sprawy: Izba Poznańsko-Pomorska przysłała w odpisie protest, skierowany przez nią do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przeciw udzieleniu zezwolenia tymczasowego Drowi Hejderowi na wykonywanie praktyki lekarskiej pomimo informacji jakie Izba podała o Drze Hejderze G. D. SŁ. Z. w początkach 1924 r. Pomimo dawnej i nowej interwencji N. I. L. sprawa została zdecydowana przez władze wyższe wbrew opinji Izby Poznańsko-Pomorskiej.

W organizacji pomocy lekarskiej dla ludności szczególnie wiejskiej jeden z sejmików wkroczył na drogę szczególną niesienia tej pomocy przez udzielanie porad lekarskich w przychodniach wszystkim bez względu na stan zamożności za opłatą 25 groszy za poradę w ambulatorjum i wkładając na lekarzy wprost niewykonalne obowiązki ogólno-sanitarne. Słusznie przeciwko takim normom pracy i płacy wystąpiła Izba Krakowska. N. I. L. poparła to stanowisko. Generalny Dyrektor obiecał wysłać na miejsce specjalnego inspektora dla zbadania dokładnego sprawy na miejscu. Na zapytanie G. D. S. Z. dała odpowiedź, że polecono aby sejmik organizował tylko pomoc w granicach higjeny zapobiegawczej.

Władze wojskowe przez G. D. S. Z. zwróciły się do Izb o wydanie opinji o lekarzach rezerwy. Ponieważ niektóre Izby zadośćuczyniły temu żądaniu inne zaś odmówiły G. D. S. Z. zwróciła się do N. I. L. z żądaniem spowodowania, ażeby Izby dały odpowiedź władzom wojskowym. Zarząd N. I. L. uważając, że to nie jest właściwem zadaniem Izb pozostawił tę sprawę w zawieszeniu.

Grupa lekarzy łódzkich wniosła zażalenie na Zarząd Izby Łódzkiej za niepociągnięcie do odpowiedzialności sądowej członków komisji weryfikacyjnej, powołanej przez Zarząd Kas chorych wspólnie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego. Na podstawie opisu tej komisji wielu lekarzy zostało usuniętych z Kasy chorych. Pokrzywdzeni zwrócili się z zażaleniem do Zarządu Izby Łódzkiej i następnie do Zarządu Izby Naczelnej. Ponieważ sprawa ta jest w biegu, należy się jej tylko ta wzmianka.

Z zażalenia członków Izb na Zarządy Izb wymienić należy zażalenie grupy lekarzy wojskowych w obrębie Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie honorowej wynikłej pomiędzy nimi a lekarzem cywilnym. Ponieważ lekarze wojskowi pragnęli tę sprawę rozstrzygnąć na gruncie sądów oficerskich w których zasiadają wyłącznie oficerowie a lekarze cywilni udziału nie mają. N. I. L. stanęła po stronie decyzji Zarządu Izby P. P. motywując to tem, że w zwykłych sądach honorowych obie strony poważnione wybierają sędziów a ci superarbitra.

Naczelna Izba Lekarska pośredniczyła w korespondecji Generalnej D. S. Z. z Izbą P. P. dotyczącej kwestji komu należy wydawać odpisy wyroków sądowych, a mianowicie, czy osobie skarżącej należy wydać wyrok. G. D. S. Z. utrzymywała, że osoba oskarżająca powinna była na własne żądanie otrzymać odpis wyroku i nalegała aby Sąd Izby P. P. wydał ten odpis. G. D. S. Z.: wychodziła z tego założenia, że w sądach dyscyplinarnych, które są rodzajem sądów administracyjnych, w odróżnieniu od sądów karnych, stroną jest każda osoba w tem postępowaniu zainteresowana i w niem występująca. Takie wydanie wyroku nie jest opublikowaniem wyroku przez które rozumieć należy ogłoszenie wyroku w organie urzędowym. Inne stanowisko zajęła Izba P. P., która odmówiła doręczenia wyroku osobie skarżącej z tego powodu, że według artykułu 38 ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i § 56 Regulaminu Izby Lekarskiej P. P. odpisy orzeczenia doręcza się tylko obwinionemu i rzecznikowi dyscyplinarnemu. Doręczenie wyroku innym osobom choćby interesowanym nie jest przewidziane i sprzeczne z wyrażoną w art. 38. wzmiankowanej ustawy zasadą tajności postępowania dyscyplinarnego. N. I. L. podzieliła stanowisko Izby P. P.Z rozporządzeń uszczuplających prawa Sądów Izb wymienić trzeba orzeczenie G. D. S. Z. wydane z okazji jednego wyroku Sądu Izby Łódzkiej, że sądy Izb nie mogą wydawać wyroków z odroczeniem wykonania lecz tylko definitywne. W odpowiedzi N. I. L. nie podzieliła jego zapatrywania, jako dowolnie interpretującego artykuł ustawy.

Na terenie paru Izb Lekarskich wynikły sprawy sądowe z powodu obejmowania posad w Kasach chorych przez lekarzy przyjezdnych w okresie bezkontraktowym. Izby wystąpiły w obronie słusznych praw lekarzy miejscowych. Ponieważ ci lekarze na te zarządzenia Izb wystąpili do władz nadzorczych, pociągnęło to za sobą w wielu razach ingerencję władz, która doprowadziła do nakazów wstrzymania wyroków sądowych a nawet do wyroków w tych sprawach Sądu Najwyższego i Trybunału Administracyjnego. Sprawy te są wniesione na porządek obecnego posiedzenia.

Jako szczegółowy incydent ze stosunków kasowych podkreślić należy następujący fakt. Lekarz zwrócił się do Izby z zapytaniem czy może objąć posadę w Kasie chorych podczas stanu bezkontraktowego. Zarząd Izby polecił dobrowolne porozumienie się ze Zrzeszeniem lekarzy w Łucku. Z powodu takiego zalecenia G. D. S. Z. interpelowała N. I. L. W odpowiedzi na pismo po zasięgnięciu informacji Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przesłał następującą opinję: Zarząd Izby Lubelskiej nie wydał żadnego rozporządzenia, lecz polecił lekarzom dobrowolnie porozumienie się ze Zrzeszeniem lekarzy w Łucku celem zachowania solidarności w sprawie bytu stanu lekarskiego. W powyższem zaleceniu Izby Lekarskiej Lubelskiej, N. I. L. nie widzi przekroczenia prawa, ponieważ prawo do zgodnego porozumienia się z przedstawicielami zawodu mają zagwarantowane wszystkie zawody a więc i lekarze. N. I. L. nie są znane występowania jakichkolwiek grup lekarzy przeciwko zasadzie ubezpieczeń społecznych. Jeżeli powstawały w różnych miejscowościach Państwa nawet dość łatwe zatargi mię-

dzy Zarządami i Komisarzami Kas chorych, a Związkiem lekarzy, to były one wywołane: 1) przez niedotrzymywanie warunków umowy przez Zarządy Kas, 2) przez postępowanie komisarza kasy, 3) przez zachowywanie się Zarządów kas, które składają się nie ze specjalistów lecz najczęściej z działaczy politycznych, wydawały rozporządzenia nie mające przedewszystkiem na widoku dobra chorych, co jest kardynalną zasadą wszelkich poczynań lekarskich. N. I. L. nie jest znany żaden wypadek celowego działania jakiegokolwiek zrzeszenia lekarskiego przeciwko instytucji, natomiast znana jest duża ilość wypadków nie wypełniania przez kasy chorych ustawowo (kontraktowo) włożonych na nie obowiązków. N. I. L. uważa za płonną obawę by działalność Zrzeszeń lekarskich mogła wpłynąć porażająco na funkcjonowanie kas chorych.

Sprawa organu urzędowego Izb zgodnie z uchwałą Zjazdu międzyizbowego była rozpatrywana w komisji i Zarządzie i została wniesiona na porządek dzienny obecnego posiedzenia.

Na zewnątrz Izba Naczelna była reprezentowana przez Przewodniczącego na uroczystości otwarcia Państwowej szkoły higjeny i poświęcenia ośrodka zdrowia w Amelinie, na uroczystości 25-letniego jubileuszu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie, na Zjeździe lekarzy w Katowicach, w komitecie do przyjęcia lekarzy czeskich i w komitecie organizacyjnym I Zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie. Członek Zarządu Dr. Krzyczkowski w imieniu N. I. L. brał udział w uroczystości poświęcenia „Domu Zdrojowego" w Krynicy, w I-ym Zjeździe Lekarzy Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej, w komitecie organizacyjnym „Stowarzyszenia wdów i sierót po lekarzach" i na akademji jubileuszowej ku uczczeniu 75-ej rocznicy urodzin Alojzego Jiraska. Prócz tego złożono adres z powodu 150-lecia niepodległości Stanów Zjednoczonych; wysłano depeszę z życzeniami owocnej pracy z powodu Zjazdu IV Higjenistów i V lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Wilnie i z powodu uroczystości ku czci Dra Laennec'a" do Paryża. Nadto Przewodniczący złożył życzenia Drowi Certowiczowi z powodu 50-lecia jego praktyki lekarskiej. Wreszcie Przewodniczący otrzymał zaproszenia do przyjęcia godności członka komitetu honorowego IV. Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji wojskowej i zaproszenie przyjął. Zgodnie z postanowieniem Zjazdu międzyizbowego, przewodniczący wraz z Drem Przyborowskim byli delegowani do Paryża dla wzięcia udziału w organizowaniu Związku Międzynarodowego lekarzy. Po powrocie przewodniczący złożył drukowane sprawozdanie z posiedzenia na którem zawiązano Stowarzyszenie Zawodowe międzynarodowe lekarskie *(Association professionelle internationale des Medecins)* A. P. I. M. do którego przystąpili przedstawiciele stanu lekarskiego 23 narodów.

Sekretarz Czł. Zarządu: *Dr. Metelik* — Przewodniczący: *Dr. Bączkiewicz*

OD REDAKCJI.

Na liczne zapytania skierowywane do naszej redakcji szczególnie ze strony Warszawskich sfer lekarskich donosimy, że sprawozdanie z I. Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Warszawie ukaże się w najbliższych numerach Polskiej Gazety Lekarskiej.

Brak jego w ostatnich numerach tego czasopisma wynikł z niedostarczenia w czas tekstu sprawozdania przez odpowiednie czynniki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. XIX. posiedzenie odbyło się w piątek, dn. 10. czerwca. I. Doc. Gąsiorowski, prof. Zalewski i dr. Serbeński zdawali sprawę z przebiegu I. Zjazdu lekarzy Słowiańskich, odbytego w Warszawie. II. Dr. Ruff przedstawił chorego, u którego wykonał resekcję jelita esowatego z powodu skrętu. III. Dr. Wernicki wygłosił odczyt, oparty na własnych badaniach, p. t.: „Przyczynek do metodyki klinicznej badania czynnościowej sprawności mięśnia sercowego".

Kraków.

Wiec lekarzy Żydów zebranych w Krakowie w dniu 12. kwietnia 1927. r. w sprawie zaopatrywania prosektorjum w zwłoki uchwalił: 1) Uznajemy w zupełności słuszność stanowiska, że zwłoki bezdomnych Żydów powinny narówni ze zwłokami bezdomnych innych wyznań być dostarczane do Zakładu anatomji opisowej. 2) Nie możemy uznać za słuszne postępowania władz uniwersyteckich, które odmawiają przyznawania robót anatomicznych studentom medycyny Żydom, podając jako uzasadnienie tego niesłusznego zarządzenia okoliczność, że zwłoki bezdomnych Żydów nie dostają się do prosektorjum anatomji opisowej. Przeciwnie, stwierdzamy, że władze uniwersyteckie przyjąwszy raz studentów Żydów na Wydział lekarski, a Rząd pobrawszy od tychże studentów opłaty czesnego, mają obowiązek dostarczać im materjału naukowego taksamo jak studentom innych wyznań. W przeciwnym razie studenci Żydzi ponoszą karę za winy nie popełnione. 3) Ażeby zapobiec brakowi zwłok w prosektorjach anatomji opisowej, dającemu się obecnie odczuwać we wszystkich takich zakładach, powinna ustawa o dostarczaniu zwłok do ćwiczeń w anatomji opisowej być w drodze rozporządzenia rządowego w ten sposób uregulowana, aby zwłoki osób zmarłych w szpitalach i innych publicznych instytucjach mogły być odbierane wyłącznie przez osoby do tego upoważnione z tytułu pokrewieństwa lub powinowactwa.

Zarząd Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich swych Członków tak miejscowych jak i zamiejscowych o łaskawe możliwie rychłe wyrównanie wszelkich zaległych wkładek.

Na publicznem posiedzeniu Akademji Umiejętności, odbytem dnia 11 czerwca b. r. otrzymali godność członków korespondentów: Karol Klecki, prof. patologji U. J., Edward Loth, prof. anatomji Uniw. w Warszawie, Stanisław Maziarski, prof. histologji Uniw. Jag.

Dyrektorem szpitala w Białej (Małopolska) mianowany został Dr. Z. Drobniewicz, długoletni asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jag.

Czasopismo lekarskie esperanckie „Internatia Medicina Revuo" wychodzące w Lille we Francji pod redakcją Prof. Vanvertsa i Dra Briqueta zostało na wystawie sztuk i nauk pomocniczych lekarskich w Brukseli nagrodzone medalem srebrnym. Dodajemy, że pismo to liczy w swem gronie licznych współpracowników z Polski.

Z kraju.

Magistrat m. Kalisza (Województwo Łódzkie) ogłosił konkurs na stanowisko Dyrektora (Lekarza Naczelnego) szpitali miejskich w Kaliszu. Zarząd Związku Lekarzy Obwodu Kaliskiego zwraca się z prośbą do kandydatów na to stanowisko, aby przed złożeniem podania ew. przed przyjęciem powyższego stanowiska zechcieli porozumieć się z Zarządem Związku Lekarzy Obwodu Kaliskiego. Adres Sekretarjatu Związku Lekarzy: Dr. Czajkowski. Kalisz. Aleja Józefiny 15 a. Telefon Nr. 49.

Ze świata.

W szpitalu morskim w Berck Plage odbędzie się pod kierunkiem szefa szpitala Dra E. Sorrela w czasie od 18 do 30 lipca b. r. cykl wykładów z zakresu gruźlicy kostno-stawowej i gruczołowej, oraz ortopedji praktycznej. Program obejmuje wykłady teoretyczne, które odbywać się będą w porze poobiedniej, i zajęcia praktyczne: badanie kliniczne, operacje, wykonywanie przyrządów, prace w laboratorjum i t. p. Bliższych informacyj udziela Dr. Delahaye — Alopitel Maritine — Berck Plage.

Redakcja otrzymała:

Prof. Dr. M. Popoff: „Die Zellstimulationsforschung in Beziehung zur Medizin". Odb. z „Medizinische Klinik". Nr. 7/8. z r. 1927.

Dr. H. Higier: „Z kliniki rzadszych postaci otępienia, we wczesnem dzieciństwie nabytego". Odb. z „Neurologji Polskiej" zeszyt I-II. z r. 1926.

Ten sam: „Swoiste przerzuty mózgowe ze strony ukrytego Deciduoma malignum s. Chorionepithelioma u mężczyzny (amaurosis, hemianopsia homonyma, ophtalmoplegia cruciata, hallucinatio unilateralis". Odb. z Warsz. Czas. Lekarskiego Nr. 11 z r. 1926.

Sprawozdanie Komisji Senatu Akademickiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie dla spraw młodzieży za rok szkolny 1925/26.

Izba lekarska Łódzka, Biuletyn nr. 7. z 1 czerwca 1927.